8
Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg

Aan de orde is de behandeling van:
- **het wetsvoorstel Regels ter bevordering van de kwaliteit van zorg en de behandeling van klachten en geschillen in de zorg (Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg) (32402).**

De **voorzitter**:
De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heb ik reeds welkom geheten in de Eerste Kamer.

De beraadslaging wordt geopend.

☐

Mevrouw **Martens** (CDA):
Voorzitter. U zei het al, vandaag behandelen wij wetsvoorstel nr. 32402 dat gaat over regels ter bevordering van de kwaliteit van zorg en de behandeling van klachten en geschillen in de zorg, kortweg de Wkkgz.

De leden van de CDA-fractie juichen het toe dat het kabinet de verbetering van de kwaliteit van zorg centraal wil stellen en dat het zorg wil dragen voor goede, veilige, tijdig beschikbare, toegankelijke en betaalbare zorg voor alle cliënten, alsook dat het kabinet streeft naar meer samenhang en doelmatigheid. Ook ondersteunen de leden de wens om de zorg meer cliëntgericht te maken. Uiteraard hecht de CDA-fractie aan goede borging van de rechten van cliënten en een goede klachten- en geschillenprocedure. De leden ondersteunen dan ook de intentie van de minister om de kwaliteit van de zorg en de behandeling van klachten en geschillen te verbeteren.

Het wetsvoorstel heeft een moeizaam traject achter de rug. De wet is een voortzetting van het eerder ingediende wetsvoorstel Wet cliëntenrechten in de zorg (Wcz), dat ten doel had de rechten en plichten van de cliënt en de zorgaanbieder in één nieuwe wettelijke regeling samen te voegen. Dit wetsvoorstel riep zo veel vragen op dat het stokte in de Tweede Kamer. In april 2013 diende de minister de derde nota van wijziging in waarmee het oorspronkelijke wetsvoorstel werd beperkt tot alleen de onderdelen kwaliteit, klachten en geschillen. Sinds juli 2013 ligt het voor behandeling in de Eerste Kamer. Bij aanbieding bleek de tekst zo ingewikkeld en onoverzichtelijk dat de Kamer gevraagd heeft om een nieuwe integrale toelichting. De minister heeft daarop laten weten dat het herschrijven van een nieuwe memorie van toelichting na afronding van de behandeling in de Tweede Kamer eigenlijk niet meer mogelijk is, omdat tijdens de parlementaire behandeling gewisselde stukken, inclusief de Handelingen, betekenis verlenen aan de artikelen. Bij het samenstellen van een nieuwe tekst zou volgens de minister "geschiedvervalsing" kunnen optreden. Waar het ministerie met zo veel ambtenaren de toelichting niet anders dan als een opeenstapeling gebundeld kan aanbieden, worden instellingen, individuele zorgverleners en patiënten geacht deze bundeling van honderden pagina's teksten, commentaar op commentaar moeiteloos te begrijpen en te kunnen implementeren.

Zelden was er een wetsvoorstel waarbij de Raad van State zó expliciet fundamentele vragen heeft gesteld bij de aanleiding en de noodzaak. De Raad is ervan overtuigd dat cliëntenrechten in Nederland juridisch goed geborgd zijn en ziet geen noodzaak tot deze ingrijpende herziening. De Raad pleit voor het beter benutten van het beschikbare instrumentarium.

Zelden zagen wij een wetsvoorstel waarover wij van zo veel organisaties, op zo veel punten, zo veel fundamentele zorgen toegezonden kregen. Instellingen, individuele zorgverleners, patiëntenorganisaties en hun landelijke koepels formuleren serieuze bezwaren bij de vormgeving en uitwerking van het wetsvoorstel.

Eigenlijk zijn er alleen positief-kritische signalen van consumenten- en cliëntenorganisaties, al vinden ook zij dat de wet aanpassingen behoeft vanwege de onduidelijke definities, vanwege de onduidelijkheid die er ook met dit wetsvoorstel blijft bestaan over het klachtrecht in het gemeentelijk domein en de ketenzorg, vanwege de onduidelijkheid bij wie welke klacht ingediend moet worden alsook bij welke geschilleninstantie een klacht uiteindelijk eventueel aanhangig gemaakt kan, respectievelijk moet worden. Het blijft immers altijd mogelijk dat verschillende zorgverleners bij verschillende geschilleninstanties zijn aangesloten. Dat zijn toch vrij fundamentele zaken.

Het is te gemakkelijk om te zeggen dat de zorgverleners en organisaties die bezwaren uiten, alleen maar koudwatervrees hebben. De weerstand is niet gelegen in onwil om meer patiëntgericht te werken of om het functioneren van het klachtrecht te verbeteren. Het gaat ook niet om misverstanden, zoals de minister wil doen geloven. Het veld — daarmee bedoel ik onder andere de universitair medische centra, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Vereniging Gehandicaptenzorg, de KNMG, de Orde van Medisch Specialisten, het Verbond van verzekeraars, de Landelijke Huisartsenvereniging en alle andere eerstelijnsorganisaties, van tandartsen en mondhygiënisten tot verloskundigen, van fysiotherapeuten tot psychologen — heeft het wetsvoorstel gelezen en ziet wat het voor hen in de praktijk zal betekenen. Zij worden in deze visie gesteund door de Raad van State en Actal. De minister heeft een andere kijk op de werkelijkheid.

(vervolg) Mevrouw **Martens** (CDA):
Zelden zagen wij een wet waarop op zo veel fundamentele punten een verschil van visie bestaat tussen de minister en het veld. Laat ik drie punten noemen, al zijn er wel meer.

Ten eerste de regeldruk. De minister verwacht amper toename van regeldruk, maar het veld vreest ernstige toename en ook Actal. Actal schrijft dat bij de laatste berekeningen van het ministerie of Sira nog niet alle elementen van regeldruk zijn meegewogen. Actal houdt vragen bij de proportionaliteit van het wetsvoorstel voor de eerstelijn — deze krijgt dezelfde bureaucratische verplichtingen als grote instellingen — en stelt vragen bij de proportionaliteit van de uitvoeringsverplichtingen. Actal stelde zelfs voor om het wetsvoorstel te heroverwegen. Voorzitter. U zei het al, vandaag behandelen wij wetsvoorstel nr. 32402 dat gaat over regels ter bevordering van de kwaliteit van zorg en de behandeling van klachten en geschillen in de zorg, kortweg de Wkkgz.

De leden van de CDA-fractie juichen het toe dat het kabinet de verbetering van de kwaliteit van zorg centraal wil stellen en dat het zorg wil dragen voor goede, veilige, tijdig beschikbare, toegankelijke en betaalbare zorg voor alle cliënten, alsook dat het kabinet streeft naar meer samenhang en doelmatigheid. Ook ondersteunen de leden de wens om de zorg meer cliëntgericht te maken. Uiteraard hecht de CDA-fractie aan goede borging van de rechten van cliënten en een goede klachten- en geschillenprocedure. De leden ondersteunen dan ook de intentie van de minister om de kwaliteit van de zorg en de behandeling van klachten en geschillen te verbeteren.

Het wetsvoorstel heeft een moeizaam traject achter de rug. De wet is een voortzetting van het eerder ingediende wetsvoorstel Wet cliëntenrechten in de zorg (Wcz), dat ten doel had de rechten en plichten van de cliënt en de zorgaanbieder in één nieuwe wettelijke regeling samen te voegen. Dit wetsvoorstel riep zo veel vragen op dat het stokte in de Tweede Kamer. In april 2013 diende de minister de derde nota van wijziging in waarmee het oorspronkelijke wetsvoorstel werd beperkt tot alleen de onderdelen kwaliteit, klachten en geschillen. Sinds juli 2013 ligt het voor behandeling in de Eerste Kamer. Bij aanbieding bleek de tekst zo ingewikkeld en onoverzichtelijk dat de Kamer gevraagd heeft om een nieuwe integrale toelichting. De minister heeft daarop laten weten dat het herschrijven van een nieuwe memorie van toelichting na afronding van de behandeling in de Tweede Kamer eigenlijk niet meer mogelijk is, omdat tijdens de parlementaire behandeling gewisselde stukken, inclusief de Handelingen, betekenis verlenen aan de artikelen. Bij het samenstellen van een nieuwe tekst zou volgens de minister "geschiedvervalsing" kunnen optreden. Waar het ministerie met zo veel ambtenaren de toelichting niet anders dan als een opeenstapeling gebundeld kan aanbieden, worden instellingen, individuele zorgverleners en patiënten geacht deze bundeling van honderden pagina's teksten, commentaar op commentaar moeiteloos te begrijpen en te kunnen implementeren.

Zelden was er een wetsvoorstel waarbij de Raad van State zó expliciet fundamentele vragen heeft gesteld bij de aanleiding en de noodzaak. De Raad is ervan overtuigd dat cliëntenrechten in Nederland juridisch goed geborgd zijn en ziet geen noodzaak tot deze ingrijpende herziening. De Raad pleit voor het beter benutten van het beschikbare instrumentarium.

Zelden zagen wij een wetsvoorstel waarover wij van zo veel organisaties, op zo veel punten, zo veel fundamentele zorgen toegezonden kregen. Instellingen, individuele zorgverleners, patiëntenorganisaties en hun landelijke koepels formuleren serieuze bezwaren bij de vormgeving en uitwerking van het wetsvoorstel.

Eigenlijk zijn er alleen positief-kritische signalen van consumenten- en cliëntenorganisaties, al vinden ook zij dat de wet aanpassingen behoeft vanwege de onduidelijke definities, vanwege de onduidelijkheid die er ook met dit wetsvoorstel blijft bestaan over het klachtrecht in het gemeentelijk domein en de ketenzorg, vanwege de onduidelijkheid bij wie welke klacht ingediend moet worden alsook bij welke geschilleninstantie een klacht uiteindelijk eventueel aanhangig gemaakt kan, respectievelijk moet worden. Het blijft immers altijd mogelijk dat verschillende zorgverleners bij verschillende geschilleninstanties zijn aangesloten. Dat zijn toch vrij fundamentele zaken.

Het is té gemakkelijk om te zeggen dat de zorgverleners en organisaties die bezwaren uiten, alleen maar koudwatervrees hebben. De weerstand is niet gelegen in onwil om meer patiëntgericht te werken of om het functioneren van het klachtrecht te verbeteren. Het gaat ook niet om misverstanden, zoals de minister wil doen geloven. Het veld — daarmee bedoel ik onder andere de Universitair Medische Centra, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Vereniging Gehandicaptenzorg, de KNMG, de Orde van Medisch Specialisten, het Verbond van verzekeraars, de Landelijke Huisartsenvereniging en alle andere eerstelijnsorganisaties, van tandartsen en mondhygiënisten tot verloskundigen, van fysiotherapeuten tot psychologen — , het veld heeft het wetsvoorstel gelezen en ziet wat het voor hen in de praktijk zal betekenen. Zij worden in deze visie gesteund door de Raad van State en Actal. De minister heeft een andere kijk op de werkelijkheid.

Zelden zagen wij een wet waarop op zo veel fundamentele punten een verschil van visie bestaat tussen de minister en het veld. Laat ik drie punten noemen, al zijn er wel meer.

Ten eerste de regeldruk. De minister verwacht amper toename van regeldruk, het veld vreest ernstige toename en ook Actal. Actal schrijft dat bij de laatste berekeningen van het ministerie of Sira nog niet alle elementen van regeldruk zijn meegewogen. Actal houdt vragen bij de proportionaliteit van het wetsvoorstel voor de eerstelijn — deze krijgt dezelfde bureaucratische verplichtingen als grote instellingen — en stelt vragen bij de proportionaliteit van de uitvoeringsverplichtingen. Actal stelde zelfs voor om het wetsvoorstel te heroverwegen.

De heer **Bruijn** (VVD):
Voorzitter. Ik heb een vraag. Mevrouw Martens noemt een groot aantal gremia uit het veld die brieven met zorgen en vragen hebben gestuurd. De andere gremia die in brieven steun hebben uitgesproken, noemt zij niet. Ik denk aan de Consumentenbond. Ik zal niet verder ingaan op al die gremia, maar het zijn er nogal wat. Voor de evenwichtigheid is het misschien goed om daar nota van te nemen.

Als je kijkt waar de bezwaren over gaan, dan betreffen die onder andere de inkadering door de wet. Als de wet op één punt echter niet inkadert, is dat de vrijheid om zelf te kiezen voor een geschillencommissie en om die ook zelf in te richten, bijvoorbeeld met regionale huisartsen. Ik vind het een beetje tegenstrijdig wat mevrouw Martens zegt. Enerzijds besteedt zij veel aandacht aan degenen die zich ingekaderd voelen, maar anderzijds maakt zij bezwaar tegen die punten waarop de wet juist vrijheid biedt.

Mevrouw **Martens** (CDA):
Ik kom later nog op terug op een aantal kwesties die de vrijheid betreffen, maar het is juist dat consumenten- en cliëntenorganisaties voor deze wet pleiten. Dat heb ik ook gezegd, al hebben die organisaties ook kritiek op de uitwerking van de wet en op wat erin staat. Die organisaties zijn ervan overtuigd dat hun positie wordt verbeterd.

De heer **Bruijn** (VVD):
Dat zijn er een groot aantal, maar mevrouw Martens noemt die niet allemaal. Voor het evenwicht is het misschien goed om dat even te zeggen.

Mevrouw **Martens** (CDA):
Dat is prima.

Dan kom ik bij het tweede punt, de geschillencommissie.

De geschillencommissies hebben in de Wkkgz de taak een bindend advies te geven over klacht en claim. Zowel het veld als de Raad van State waarschuwt voor de consequenties van de koppeling van beide, die bovendien nog eens heel verschillende expertises vragen. Zij vrezen juridisering en het bevorderen van een claimcultuur. Het veld vreest medicalisering en vindt dat de Wkkgz leidt tot defensieve geneeskunst, met als groot risico dat de kosten voor de gezondheidszorg verder oplopen. Als men na een mislukte bemiddeling meteen bij een geschilleninstantie terechtkomt die moet oordelen over zowel klacht als claim, gaat men eerder dingen voorschrijven om klachten en claims te voorkomen. Kan de minister nog eens aangeven of cliënten de klacht en de claim tegelijk moeten indienen of dat zij ook eerst het bindend advies over de klacht kunnen afwachten? Kunnen zij, als de klacht gegrond is verklaard, de geschillencommissie dan alsnogvragen om een bindend advies over de claim?

Het wetsvoorstel zegt alleen iets over de benoemingsprocedure van geschillencommissies. Er is niets geregeld over samenstelling, expertise, onafhankelijkheid, kwaliteit e.d. Vanuit de wereld van de geschillencommissies klinkt de vrees voor wildgroei en prijsopdrijving. Zij zien graag dat er goede randvoorwaarden worden gesteld, met name ten aanzien van de inrichting en de professionaliteit van de organisatie. Graag een reactie van de minister. Hebben wij de minister goed begrepen dat de geschillenbeslechting niet bij uitsluiting aan de SGC wordt opgedragen?

Dan het derde punt, de termijnen.

Met de Wkkgz wordt de termijn waarbinnen een klacht moet zijn behandeld verkort tot 6 weken. In de ogen van velen is deze termijn niet altijd haalbaar, zeker niet in vakantieperiodes en bij complexe gevallen. Afwijken mag in overleg. Dat leidt echter wel tot extra overleg en extra bureaucratie door en voor de zorgverleners en de cliënt wordt in zijn verwachtingen met betrekking tot de termijn teleurgesteld, terwijl er nauwelijks klachten zijn over de termijnen en cliënten een zorgvuldige behandeling meestal belangrijker vinden dan de termijn.

Over dit wetsvoorstel zijn drie schriftelijke vragenrondes geweest. De leden van de CDA-fractie danken de minister voor haar reacties. Helaas zijn de leden daarmee nog niet geheel gerustgesteld. Het veld ziet problemen, de minister niet. Het lijkt op een welles-nietesdiscussie. Zo'n discussie is hier niet erg vruchtbaar. Maar het onderstreept wel de zorgen over de uitwerking van de wet. Graag horen wij van de minister nog eens met welke argumenten zij de critici zou willen overtuigen.

Er is al klachtrecht, dat bovendien in veel gevallen naar tevredenheid werkt, zij het nog niet overal. Uit het feit dat er relatief weinig gevallen bij een geschillencommissie respectievelijk rechter terechtkomen, moge blijken dat — zoals ook de Raad van State schrijft — de huidige wet, de Wklcz, voldoende aanknopingsmogelijkheden biedt voor een goede klachtenafwikkeling. Ook de minister constateert dat de klachtenafhandeling bij veel zorgaanbieders al goed werkt. De klachtenafhandeling in de eerstelijnszorg is zelfs in 2013 nog door zorgverleners en patiënten geëvalueerd als ruim voldoende. Kan de minister aangeven waarom zij dan toch kiest voor een nieuwe wet, met nieuwe definities, nieuwe procedures en nieuwe verplichtingen, voor slechts een beperkt deel van de zorgsector, en met, ook voor degenen die al goed werken, veel lastenverzwaringen? Waarom volgt zij niet het advies van de Raad van State en de IGZ op om in te zetten op een beter gebruik van het bestaande instrumentarium, te meer daar de minister vooral laagdrempelige, informele bemiddelingsprocedures wil stimuleren?

Voorzitter: Backer

De heer **Kuiper** (ChristenUnie):
Voorzitter. Ook hier voor het evenwicht. Is mevrouw Martens ervan op de hoogte dat er evaluaties zijn van de reeds bestaande Kwaliteitswet zorginstellingen, onder andere door ZonMw, waarbij de wet negatief is geëvalueerd? Degenen die klaagden, vonden dat de klachten niet goed werden behandeld en dat het te lang duurde. Er waren twijfels over de onpartijdigheid en onafhankelijkheid van klachtencommissies. Die evaluaties zijn er ook, naast de door mevrouw Martens genoemde.

Mevrouw **Martens** (CDA):
Ik heb al gezegd dat niet alles goed gaat. Dat heb ik iets korter samengevat, maar er zijn plekken waar het inderdaad niet goed gaat. Dat neemt niet weg dat het op heel veel plekken, zoals de minister ook schrijft, wel goed gaat. Het gaat er nu om of het bestaande instrumentarium, het wettelijk instrumentarium, voldoende aangrijpingspunten biedt voor een verbetering, of dat er, gelet op wat er niet goed gaat, alle aanleiding is voor een ingrijpende verandering, met nieuwe definities, nieuwe procedures en nieuwe verplichtingen voor een beperkt deel van de zorgsector.

De heer **Kuiper** (ChristenUnie):
Deze gedachtegang kwam ongeveer twaalf jaar geleden op rondom de evaluaties van toen. Ik noemde de ZonMw-evaluatie. Dat waren negatieve evaluaties van de vigerende wet. Dat is precies de reden om nu een wetswijziging in te zetten.

Mevrouw **Martens** (CDA):
Er is in 2008 begonnen met die wetswijziging. Dat neemt echter niet weg dat de minister nu, in 2015, zelf constateert dat er heel veel goed gaat. Er is tussen 2008 en nu ook wel wat gebeurd.

De heer **Bruijn** (VVD):
Dat klopt, maar als je kijkt naar de evaluaties, zie je dat het vooral goed gaat op die plaatsen waar al wordt gewerkt op de manier die in de voorliggende wet wordt voorgesteld, de manier waarop iedereen moet gaan werken.

Mevrouw **Martens** (CDA):
Dat kan al met de vigerende wetgeving. Dat is cruciaal. Daarom ben ik benieuwd naar het antwoord van de minis-

ter. Dat neemt niet weg dat degenen die nu al goed werken ook met nieuwe procedures, nieuwe definities en nieuwe lasten, worden belast. Dat is een van onze zorgen.

De heer **Bruijn** (VVD):
Het kan deels volgens de huidige wet, maar op dit moment kan er niet worden gewerkt zonder een klachtencommissie. Je kunt op dit moment dus niet helemaal volgens deze wet werken. Je moet nu een klachtencommissie hebben. Straks bestaat de vrijheid om die commissie wel of niet te hebben. De plekken waar het nu goed gaat, betreft plekken waar klachtenfunctionarissen aanwezig zijn. Deze wet reguleert juist dat wij geen klachtencommissie meer hoeven te hebben. In plaats daarvan krijgt men te maken met een klachtenfunctionaris, een mens van vlees en bloed die de patiënt kan aankijken en kan luisteren. Het gaat dus inderdaad op veel plekken goed, maar dat zijn de plekken waar het gebeurt volgens deze wet. Dat is dus een heel goede reden om deze wet te steunen.

Mevrouw **Martens** (CDA):
Om die reden ben ik benieuwd naar de reactie van de minister, want juist op dat punt hebben wij vragen. De huidige klachtencommissies zijn laagdrempelig, goedkoop en onafhankelijk — ik kom daar nog preciezer op terug — en weten in heel veel gevallen de gang naar de rechter of een geschillencommissie, waar veel instellingen inmiddels bij zijn aangesloten, te voorkomen. Het probleem is niet dat er een klachtenfunctionaris — ook daarover kom ik later nog te spreken — komt die kan bemiddelen; dat is een goede zaak. Laagdrempelige bemiddeling is een van de zaken die heel erg belangrijk zijn en aandacht verdienen.

De **voorzitter**:
Het woord is aan de heer Bruijn, die straks nog spreekt. Misschien kan hij zijn interruptie in zijn betoog meenemen.

De heer **Bruijn** (VVD):
Ik zal het nu kort houden. De klachtenfunctionaris kan er straks niet komen, die móét er straks komen. Daarin voorziet de voorliggende wet. Waar het goed gaat, vindt een uitbreiding plaats.

Mevrouw Martens sprak over de bureaucratie. Zij haalde er één punt uit: als je zelf onder eigen verantwoordelijkheid de afgesproken termijn overschrijdt, moet je overleggen of je daar de ruimte voor krijgt. De wet geeft daar overigens alle ruimte voor. Als wij naar de bureaucratie willen kijken, moeten wij het totaal van deze wet na invoering vergelijken met het totaal van de huidige wetgeving. Daar is onderzoek naar gedaan door Sira. Daaruit komt naar voren dat de totale lastentoename €100 per zorgaanbieder bedraagt. Dat lijkt mij een acceptabele prijs, gezien de kwaliteit die daarvoor terugkomt. Hoe kijkt mevrouw Martens daartegenaan?

Mevrouw **Martens** (CDA):
Sira Consulting heeft een meting gedaan. Dat was de meting die ook in de Tweede Kamer aan de orde is geweest. Daarna zijn er twee updates geweest. Vervolgens heeft Actal ook de tweede update nog eens bekeken en geconstateerd dat niet alles is meegenomen. De inschatting is dat de lasten en de kosten veel hoger zullen uitvallen dan €100.

De heer **Bruijn** (VVD):
Toch niet zo veel hoger dat wij deze kwaliteitsverbetering op grond daarvan moeten weigeren?

Mevrouw **Martens** (CDA):
Ik ben benieuwd om van de minister te horen waar zij precies de kwaliteitsverbetering ziet als veel al goed gaat. Ik kom er later nog over te spreken wat de klachtencommissie nog meer doet. Men wil de wettelijke basis voor klachtenafhandeling, laagdrempelig, goedkoop en met een lerend vermogensaspect, afschaffen. Een geschillencommissie, die op grotere afstand staat, geeft weliswaar een bindend advies, maar een gang naar de rechter — daar kom ik ook nog over te spreken — wordt beperkt tot een louter procedurele.

De heer **Bruijn** (VVD):
Dus als het wel een kwaliteitsverbetering is, mag het ook wat meer kosten? Dat begrijp ik uit de woorden van mevrouw Martens.

Mevrouw **Martens** (CDA):
Afhankelijk van de verhoudingen.

Ik vervolg mijn betoog. De nieuwe wet leidt tot verplichtingen voor slechts een beperkt deel van de sector en zorgt voor veel lastenverzwaring voor degenen die al goed werken. De vraag is waarom een nieuwe wet nodiog is, als de minister vooral laagdrempelige informele bemiddelingsprocedures wil stimuleren.

Ook vernemen wij graag wat nu niet mogelijk is wat met het voorliggende wetsvoorstel wél mogelijk wordt gemaakt.

Kan de minister nog eens toelichten waarom zij het voorstel van de Landelijke Huisartsen Vereniging niet wil omarmen? Die stelt voor om eerst een verplicht traject van klachtenbemiddeling te volgen. Als de bemiddeling mislukt, volgt een gang naar een klachtencommissie, die bindend advies geeft over de zorgklacht. Als de klacht gegrond wordt verklaard, kan een gang naar de geschillencommissie volgen, die een bindende uitspraak doet over de claim. Daarna blijft volop de beroepsmogelijkheid richting rechter en tuchtcollege open. Daarnaast is er natuurlijk een onafhankelijke klachtenfunctionaris ter ondersteuning van cliënten. Gaarne ontvangen wij op dit punt een reactie van de minister.

Is de minister bereid een uitzondering te maken voor de eerstelijnszorg, nu de klachtenafhandeling daar in 2013 is geëvalueerd en ruim voldoende is bevonden, en ook Actal vragen heeft bij de proportionaliteit van de lastenverzwaring voor de eerstelijnszorg?

Voor twee punten willen wij graag nog aandacht vragen, te weten de effecten voor de cliënten en de samenhang van de regelgeving.

Eerst een opmerking over de effecten voor de cliënten. De Raad van State vindt dat de rechten van cliënten door de

Wkkgz niet worden versterkt en dat de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt onder druk komt te staan. Wij ondersteunen de komst van een verplichte bemiddelaar. In het wetsvoorstel is dat de klachtenfunctionaris. Als deze echter tegelijkertijd gepresenteerd wordt als iemand die er vooral is om de cliënt bij te staan, vragen wij ons af of die bemiddelende taak daardoor niet bemoeilijkt wordt. Bemiddelaars worden immers geacht neutraal te zijn. Waarom is er niet voor gekozen dat cliënten aanspraak kunnen maken op een deskundige, onafhankelijke vertrouwenspersoon, zoals in de psychiatrie?

Hoe cliëntvriendelijk is het als een cliënt na een mislukte bemiddelingspoging alsnog alleen komt te staan? Daarna is de rol van de klachtenfunctionaris immers uitgespeeld, al kan hij misschien nog adviseren over de mogelijkheden voor een verdere procedure.

Hoe cliëntvriendelijk is het als een cliënt na een bindend advies de facto geen beroepsmogelijkheid meer heeft, omdat de rechter geacht wordt het bindend advies alleen procedureel te checken?

Hoe cliëntvriendelijk is het als met de Wkkgz de facto de huidige wettelijke basis vervalt voor een verplichte, laagdrempelige, goedkope, interne, onafhankelijke klachtenprocedure via de klachtencommissies, dichtbij zorgverlener en cliënt? Deze procedure blijkt in de praktijk vaak escalatie te voorkomen, hetgeen moge blijken uit het geringe aantal gevallen waarin nu de stap gemaakt wordt naar een geschillencommissie of de rechter. Waarom acht de minister externe, eventueel regionale geschillencommissies laagdrempeliger dan de huidige klachtencommissies? Daar komt nog bij dat de klachtencommissies nu aanbevelingen doen waarbij de zorgverlener wettelijk verplicht is binnen een maand aan te geven welke maatregelen hij heeft genomen. Met de Wkkgz vervalt deze wettelijke basis voor het lerend vermogen van een organisatie dan wel een zorgverlener. Geschilleninstanties doen immers geen aanbevelingen, terwijl cliënten graag gehoord willen worden en willen voorkomen dat anderen hetzelfde overkomt. Het wetsvoorstel wil een impuls zijn voor verbetering van de zorg, maar schrapt een wettelijke basis voor het lerend vermogen.

Het tweede punt waarvoor wij aandacht vragen, is de samenhang in wetgeving. Het wetsvoorstel wil meer samenhang in de wetgeving brengen, maar de leden van de CDA-fractie zien meer versnippering dan samenhang ontstaan. De Wkkgz geldt immers niet voor de hele zorgsector en in relatie met de ketenzorg blijft er nog veel onduidelijk. Met de Wkkgz gaan op de verschillende zorgterreinen verschillende definities gelden, bijvoorbeeld die voor "cliëntondersteuner" en "goede zorg". Met de Wkkgz wordt "goede zorg" niet langer alleen gebaseerd op de plichten van de zorgverlener, dan wel op de professionele standaard, maar worden de rechten van cliënt mede uitgangspunt. Goede zorg moet via de Wkkgz ook "aansluiten bij de reële behoefte van de cliënt". Dit is een subjectieve dimensie, die wellicht zelfs soms haaks kan staan op een professionele standaard. Het wetsvoorstel geeft ook geen duidelijkheid over de betekenis en definitie van dit begrip. Is de minister bereid om de definitie zo te formuleren dat deze te zijner tijd automatisch conform de definitie is die het Zorginstituut daarover ontwikkelt, zodat in de gehele zorgsector dezelfde definities gaan gelden? Kan de minister er daarnaast voor zorgen dat cliëntorganisaties betrokken worden bij de totstandkoming van toekomstige definities?

Met de Wkkgz komt er een verplichte klachtenfunctionaris. In andere wetgeving worden benamingen gebruikt als een "verplichte cliëntvertrouwenspersoon", een "klachtenbemiddelaar" en een "patiëntvertrouwenspersoon". De minister vindt dat deze functies gecombineerd kunnen worden. Vanuit patiëntenorganisaties wordt gezegd dat dit niet mogelijk en wenselijk is vanwege de verschillende belangen en de eisen die eraan gesteld worden. Met de Wkkgz komen diverse zorgaanbieders dus onder verschillende klachtrechtregimes te vallen. Hoezo méér samenhang?

De leden zijn overigens ook heel benieuwd hoe de minister het toezicht van de IGZ op de 40.000 nieuwe zorgverleners van zogeheten "andere zorg" ziet. Kan de IGZ maatregelen nemen bij wanpresterende alternatieve zorgverleners? Heeft de IGZ voldoende expertise en adequate toetsingscriteria op dit terrein? De verleners van "andere zorg" hoeven immers geen "goede zorg" te verlenen, maar alleen "zorg die geen schade toebrengt". Biedt deze definitie voldoende aangrijpingspunten voor een reële beoordeling? En krijgt de IGZ meer geld en middelen?

Er komt een register waarin alle zorgverleners, ook de verleners van de zogeheten "andere zorg", worden opgenomen. Het register is nadrukkelijk niet bedoeld als waarborg voor kwaliteit. Graag zouden de leden nog eens de functie van het register toegelicht zien.

Tot slot, voorzitter: zoals gezegd, ondersteunen de leden van de CDA-fractie de intentie van het wetsvoorstel van harte. Ook onze fractie ziet graag een cliëntgerichte zorg en een laagdrempelige, informele klachten- en geschillenbemiddeling. Ook steunen de leden de wens om de verbetering van de zorg te stimuleren. Een belangrijke tool daarvoor is het lerend vermogen. Wij hebben het wetsvoorstel, de antwoorden van de minister, alle reacties en stukken met aandacht gelezen en met veel betrokkenen gesproken.

Nu veel al goed gaat en er zo veel kritiek is op het wetsvoorstel, vragen de leden zich in gemoede af of met het wetsvoorstel het kind niet met het badwater wordt weggegooid. Wordt het middel niet erger dan de kwaal?

Voorzitter, ik ben ruim binnen mijn tijd, want mijn laatste zin is: de leden zien met belangstelling uit naar de reactie van de minister.

De heer **Bruijn** (VVD):
Mevrouw Martens zegt in haar inbreng dat de geschillencommissie niet laagdrempeliger is dan de klachtencommissie. Op onderdelen kan ik mij daar zeker goed in vinden en ik zal mij daarbij aansluiten. Ik vraag mij echter af of zij niet een beetje een drogbeeld schept, want er wordt nergens beweerd dat die geschillencommissie laagdrempeliger zou zijn dan de klachtencommissie. Dat zou hetzelfde zijn als zeggen: de rechter die wij nu hebben is ook niet laagdrempeliger dan de klachtencommissie. Dat is ook niet de stap die met dit wetsvoorstel wordt gezet, voor zover ik het begrijp. In plaats van de verplichte klachtencommissie krijgen wij een klachtenfunctionaris, die natuurlijk laagdrempeliger is dan de klachtencommissie. Behalve de gang naar de rechter, die altijd mogelijk blijft, krijgen wij een extra

keuze voor de cliënt, de consument — ik noem hem altijd nog graag patiënt — namelijk de geschillencommissie, waarvan de patiënt zou kunnen vinden dat deze zijn voorkeur verdient, omdat er expertise achter de tafel zit. Als je dan zegt dat de geschillencommissie niet laagdrempeliger is dan de klachtencommissie, vind ik dat je deze wet verkeerd aanvliegt en eigenlijk ook een verkeerd beeld van de wet schept. Wat vindt mevrouw Martens daarvan?

Mevrouw **Martens** (CDA):
Deze wet is bedoeld voor een laagdrempeligere klachtenafwikkeling. Het kan niet anders dan dat de gang naar de geschillencommissie daarvoor is bedoeld. Zo valt het ook in de stukken te lezen. De minister kan dat misschien nog toelichten. De klachtenafwikkeling zoals die nu is, is in ieder geval laagdrempelig. Dat is ook iets heel goeds voor cliënten. Wat de klachtenfunctionaris betreft: veel klachtencommissies werken al met bemiddeling. Er zit al iemand tussen, dus dat is geen probleem. Maar de klachtencommissie zegt al iets meer over de klacht zelf. Het is niet dus niet alleen bemiddeling. Dat lijkt mij ook een goede zaak.

De **voorzitter**:
Mijnheer Bruijn, dit is uw laatste interruptie, neem ik aan.

De heer **Bruijn** (VVD):
Ja, voorzitter. Wij zijn het er in ieder geval over eens dat de klachtenfunctionaris laagdrempeliger is dan de klachtencommissie. Wij zijn het er ook over eens dat ten aanzien van de rechter de keuzemogelijkheden nu worden uitgebreid. Dit betreft de volgende stap. Er is niet alleen de mogelijkheid van de gang naar de rechter, maar daar bovenop nog de keuze om naar de geschillencommissie te stappen.

Mevrouw **Martens** (CDA):
Daarover verschillen wij van mening, want de stap naar de rechter wordt eigenlijk een wassen neus. De rechter mag namelijk alleen nog maar procedureel toetsen na een bindend advies. De gang naar de rechter blijft dus wel open, maar wat gaat de rechter toetsen? De procedure. Anders moet de minister het nog maar eens toelichten. Zo heb ik het echter begrepen.

De heer **Bruijn** (VVD):
Nee, de gang naar de rechter blijft volledig open, maar de consument kan er ook voor kiezen om niet naar de rechter te stappen, maar naar een geschillencommissie. Natuurlijk, als je er eenmaal voor kiest om naar een geschillencommissie te gaan, kun je niet dezelfde zaak ook inhoudelijk voorleggen aan de rechter. Dat is al lang zo in de hele rechtspraak. Dat is hier niet het issue. Het issue is dat je behalve de gang naar de rechter, wat nu de enige mogelijkheid is, nu ook de keuzemogelijkheid hebt van de gang naar de geschillencommissie. De zaak wordt als geheel laagdrempeliger, doordat je in plaats van een klachtencommissie een klachtenfunctionaris krijgt. Dat is de beweging.

Mevrouw **Martens** (CDA):
Ik hoor graag de antwoorden van de minister.

Mevrouw **Nooren** (PvdA):
Ik wil hierbij aansluiten. Volgens mij is de klachtenbemiddelaar of -functionaris laagdrempeliger dan de klachtencommissie. De geschillencommissie is laagdrempeliger dan de rechter. Er sprake van het twee keer vereenvoudigen van de wetgeving, in plaats van dat er sprake is van het complexer maken van de wetgeving. Natuurlijk gaat het op veel plekken goed, maar het leidt ook tot eenduidigheid. Mevrouw Martens zegt dat het overal heel goed gaat, maar tegelijkertijd zeggen cliëntenorganisaties dat het niet altijd overal goed gaat. Zij willen graag een eenduidige regeling voor alle zorgverleners.

De **voorzitter**:
Wat is uw vraag?

Mevrouw **Nooren** (PvdA):
Mijn vraag aan mevrouw Martens is: waarom vindt u het wetsvoorstel complexer?

Mevrouw **Martens** (CDA):
Het maakt de zaak complexer omdat het werkt met nieuwe definities en nieuwe procedures. Bovendien noem ik de combinatie van klacht en claim. Ook wordt het complexer wegens de regeldruk. Dat alles terwijl het in veel gevallen al goed gaat. De cruciale vraag is of het bestaande instrumentarium niet al voldoende aanknopingspunten biedt voor een goede, laagdrempelige klachtenbehandeling. Biedt het voldoende aanknopingspunten voor de verbetering van zorg? Het lerend vermogen en het terugdringen van de claimcultuur zijn belangrijke aspecten als het gaat om de kwaliteit van zorg.

☐

De heer **Bruijn** (VVD):
Voorzitter. Vandaag behandelen wij een wetsvoorstel dat in zijn huidige vorm het resultaat is van de parlementaire behandeling van het in 2010 ingediende wetsvoorstel clientenrechten zorg (Wcz). De Wcz was sinds 2007 in voorbereiding, mede naar aanleiding van een oproep vanuit de Patiëntenfederatie NPCF. Dat was de basis. De leden van de VVD-fractie kunnen zich goed vinden in het doel van het wetsvoorstel, zijnde het meer cliëntgericht maken van de zorg, het voorzien in een laagdrempelige klachtenprocedure door informele klachtafhandeling en mediation, en het vergroten van de kwaliteit van zorg door meer openheid over –- en het leren van — incidenten en klachten. De leden van mijn fractie en ook die van andere fracties hebben vragen gesteld over de noodzaak van deze wet. De regering heeft diverse redenen gegeven om het wettelijk kader gericht op kwaliteit van zorg en klachten en geschillen aan te passen. De huidige Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wklcz) is negatief geëvalueerd in een groot aantal evaluaties. Met name ervaren cliënten klachtencommissies als partijdig. De behandeling van een klacht duurt te lang en het oordeel "gegrond" of "ongegrond" wordt als weinig bevredigend ervaren. De gang naar de burgerlijk rechter is vaak geen alternatief vanwege financiële en procedurele redenen, zo blijkt uit deze studies.

Het hoofdstuk "Kwaliteit van de beroepsuitoefening" uit de Wet BIG is niet van toepassing voor solistisch werkende

zorgverleners zonder beschermde titel, terwijl dat aantal sterk groeit. Ook zijn er geen wettelijke eisen ten aanzien van kwaliteit, klachten en geschillen voor aanbieders van cosmetische ingrepen en aanbieders van alternatieve geneeswijzen. De IGZ heeft hier te weinig bevoegdheden. Er zijn onvoldoende waarborgen ter bescherming van de zorgverlener zelf. De definitie van verantwoorde zorg is verouderd. De meldplichten voor zorgaanbieders bij de IGZ zijn te beperkt vormgegeven. Dat geldt ook voor de dossierplicht in de WGBO, die niet de aantekening van een incident regelt. De regering heeft al met al onderbouwd dat een betere benutting van beschikbare instrumenten, in plaats van een wetswijziging, niet afdoende is, omdat het gaat om in de huidige wetgeving nog niet bestaande verplichtingen en waarborgen en om aanbieders die niet vallen binnen de reikwijdte van de huidige wetgeving.

De leden van de VVD-fractie danken de minister voor de schriftelijke beantwoording. Ook danken de leden van mijn fractie de betrokken veldpartijen, van wie een aantal ook aanwezig, waaronder zowel voor- als tegenstanders, zoals de Consumentenbond, de KNMG en vele andere, voor hun waardevolle overleggen en inbrengen. Wij hebben goede nota genomen van hun argumenten. De leden van mijn fractie hebben nog enkele aanvullende vragen.

Onze eerste vraag betreft de regeldruk. De regeldruk en de positie van kleinschalige zorgaanbieders zijn in de schriftelijke behandeling uitgebreid aan de orde geweest. Het is duidelijk dat diverse brancheorganisaties van kleine zorgaanbieders momenteel voor hun leden gezamenlijk een klachtencommissie hebben georganiseerd. Na inwerkingtreding van de Wkkgz kunnen deze leden ook de verplichte klachtenfunctionaris en de aansluiting bij de geschilleninstantie via hun brancheorganisatie realiseren. De minister heeft in de nadere memorie van antwoord aangegeven dat zij in het implementatietraject voor de Wkkgz nadrukkelijk rekening zal houden met de wijze waarop kleinschalige zorgaanbieders kunnen voldoen aan de eisen vanuit de Wkkgz en de wijze waarop zij de administratieve lasten zo veel mogelijk kunnen beperken. Dat kan bijvoorbeeld door gezamenlijk met andere aanbieders een klachtenfunctionaris te organiseren of door een model aan te reiken voor het veilig melden van incidenten voor kleine zorgaanbieders, waarmee de administratieve lasten zo beperkt mogelijk blijven. Hoe verwacht de minister, alles overziend, dat de uitvoeringslasten voor vooral de kleine zorgaanbieder zich zullen ontwikkelen? Is zij bereid om bij de evaluatie van deze wet, aangekondigd voor vijf jaar na inwerkingtreding, dit aspect nadrukkelijk mee te nemen en deze Kamer ter zake op de hoogte te stellen? Graag een toezegging.

Mijn volgende punt betreft de juridisering. De leden van mijn fractie hebben in de schriftelijke voorbereiding vragen gesteld over mogelijke juridisering en stijging van het aantal claims, zoals ook naar voren gebracht door onder andere de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). De angst bestaat bij sommigen dat een risico voor juridisering van het artspatiëntcontact ontstaat als een geldelijke compensatie van een misser in de zorgverlening mogelijk of zelfs de gewoonte gaat worden. Anderzijds kan de rechter ook nu al een geldelijke compensatie opleggen en zorgen de nu functionerende klachtenfunctionarissen eerder voor dejuridisering, door het oplossen van zaken in onderling overleg. Bovendien kwam dankzij een artikel in Medisch Contact, ons vakblad, van 10 september jongstleden aan het licht dat de angst voor juridisering gebaseerd was op de aanname dat een geschillencommissie boetes kan uitdelen. Die aanname lijkt onjuist. Dit bleef ook onweersproken in nader overleg dat mijn fractie heeft gehad met de auteur, die overigens zeer correct gerectificeerd heeft. Indien deze onjuistheid kan worden bevestigd, kan dankzij genoemd artikel ten minste een deel van de zorg voor juridisering kennelijk worden weggenomen. Ik kom daar later nog op terug, als ik spreek over de bevoegdheden van de geschilleninstantie.

Mevrouw **Martens** (CDA):
Is met "juridisering" en "boete" niet bedoeld dat het een spreekfout betreft, omdat het gaat over de claim? Daarmee blijven dus juridiseringsrisico's: een boete kan niet, maar de claimtoekenning wel, en die blijft.

De heer **Bruijn** (VVD):
Dat zou ik ook gedacht hebben, maar in het artikel, een belangrijk artikel in een belangrijk vaktijdschrift, luidde het allereerste woord in de kop van het artikel "boete". Dat laat er dus geen onduidelijkheid over bestaan dat het inderdaad gaat om boetes, niet om claims, niet om klachten en ook niet om andere procedures. Het gaat om boetes. Gelukkig kunnen we de zorg wegnemen, want uit nader onderzoek blijkt dat de geschillencommissie geen boetes kan uitdelen. Dat is voor iedereen goed nieuws. De zorg die gebaseerd was op de aanname dat geschillencommissies boetes kunnen uitdelen, quod non, kan dus in ieder geval worden weggenomen. Ik denk dat wij daar allemaal zoals wij hier zitten blij over zijn. U ook, mevrouw Martens.

Mevrouw **Martens** (CDA):
Dan blijft de claim staan. En u weet ook dat koppenmakers in de kranten soms iets anders zetten dan de tekst eigenlijk bedoelt te zeggen. Dat is geen vraag meer, voorzitter, maar een constatering.

De **voorzitter**:
Graag via de voorzitter. De procedure is hetzelfde.

De heer **Bruijn** (VVD):
Wat mevrouw Martens zegt, klopt inderdaad. Vandaar ook dat wij contact hebben opgenomen — dat heb ik zelf ook gedaan — met de betreffende auteur. Het woord "boetes" bleek toen wel degelijk zo bedoeld te zijn als het er stond. Het stond ook niet alleen als eerste woord in de kop, maar ook verderop in het artikel. Gelukkig bleek uit het overleg dat we hadden met de auteur en een aantal juristen dat de geschillencommissies geen boetes kunnen uitdelen. Daarmee is die zorg, waar dit hele artikel op gebaseerd was, gelukkig voor ten minst een groot deel weggenomen. Ik denk dat we daar allemaal heel blij over moeten zijn en dat mevrouw Martens dat zeker ook zou moeten zijn. Daar kunnen we elkaar snikkend over in de armen vallen, zou ik bijna zeggen.

De regering heeft uiteengezet waarom zij niet vreest voor juridisering. Uit diverse onderzoeken blijkt dat mensen informele geschiloplossing positief waarderen. In aangrenzende beleidsdomeinen leidt het toepassen van informele geschiloplossing tot een situatie waarin een ruime meerder-

heid van de cliënten tevreden is met de uitkomst van de afhandeling. In de verzorging, verpleging, thuis- en kraamzorg, en in de geestelijke gezondheidszorg zijn de geschillencommissies gestart in respectievelijk 2011 en 2013 en zijn er tot heden geen tekenen van claimcultuur of juridisering. In bijvoorbeeld de bouwsector zijn het interessant genoeg juist aanbieders die informele geschiloplossing uitdrukkelijk opnemen in hun reguliere contractvoorwaarden. Bij navraag blijkt dit onder meer het geval vanwege de in die raden aanwezige inhoudelijke expertise en de vaak snellere afhandeling. Er zijn geen aanwijzingen dat een commissie van beroepsgenoten sneller een claim zou toewijzen dan een rechter. De vraag is ook of het logisch zou zijn om dat te vrezen. Volgens sommigen ligt zelfs eerder het omgekeerde voor de hand. Hoe kijkt de minister hiertegen aan?

Niettegenstaande het voorgaande heeft de regering, vanwege het aantal vragen dat over juridisering is gesteld en de zorgen die erover leven in het veld, aangegeven bereid te zijn om dit aspect mee te nemen bij de evaluatie van deze wet, vijf jaar na inwerkingtreding. Graag vraag ik de minister om een bevestiging hiervan. Ook wil ik de minister de toezegging vragen om de evaluatie ter zake ook aan deze Kamer te doen toekomen en ons vooraf te informeren over de opzet van die evaluatie. Voorts wil ik de minister vragen wat precies gemeten zal worden bij de aangekondigde nulmeting. Gaat het hier uitsluitend om het aantal claims per tijdseenheid, of wordt ook gekeken naar meldingen, procedures, patiënttevredenheid en tevredenheid bij zorgverleners en zorgaanbieders? Ten slotte: hoe kijkt de minister aan tegen de door de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en andere aangedragen variant inhoudende dat de klachtencommissie een bindende uitspraak doet waarna de geschillencommissie de hoogte van de schadeclaim vaststelt? Zou het aldus verplicht naast elkaar laten bestaan van beide gremia niet juist meer, of zelfs veel meer, bureaucratie in de hand werken?

Ten slotte wil ik de minister verzoeken om in dit debat nader in te gaan op de angst voor ondermijning van meldingsbereidheid en de waarborgen voor de positie van de zorgverleners, zoals naar voren gebracht door met name de KNMG en de Brancheorganisaties Zorg. Vooralsnog deelt mijn fractie die angst niet. Mijn fractie denkt niet dat een arts die conform zijn professionele standaard handelt, zijn handelen zou wijzigen omdat we de Wkkgz krijgen. De vraag is ook of die arts dan een knip voor de neus waard zou zijn.

Ik kom te spreken over de geschilleninstantie. Naar aanleiding van vragen van mijn fractie vermeldt de regering in de nadere memorie van antwoord dat een geschilleninstantie een laagdrempelig alternatief biedt voor de gang naar de civiele rechter, die door veel cliënten als een te grote drempel wordt ervaren. Een stap dus naar een laagdrempeligere voorziening. Uit de memorie van antwoord heeft mijn fractie begrepen dat het begrip "alternatief" hier zo moet worden gelezen, dat het bestaan van een voor de zorgaanbieder krachtens de Wkkgz verplichte klachtenfunctionaris en een geschilleninstantie geenszins afdoet aan de mogelijkheid tot de rechtstreekse gang naar de rechter, mocht de cliënt die gang verkiezen. Kan de minister dit bevestigen? Ik refereer ook aan het eerdere interruptiedebat dat ik hierover voerde met mevrouw Martens.

Om die keuzemogelijkheid ook de facto reëel te laten zijn, is het belangrijk dat de cliënt deze keuzemogelijkheid dan ook expliciet aangereikt en uitgelegd krijgt, zo menen de leden van mijn fractie. Deelt de minister deze mening? Kan de minister aangeven hoe dit vorm zal krijgen?

Mevrouw **Martens** (CDA):
Begrijp ik het goed dat de heer Bruijn toch de geschillencommissie als laagdrempeliger blijft aanduiden en dat hij ook vindt dat de gang naar de rechter na de bemiddeling prettig is voor de cliënt? Het is allemaal bedoeld om het laagdrempeliger te maken en dichter bij de cliënt te brengen. Na de bemiddeling valt dan meteen de gang naar de rechter als alternatief voor de geschillencommissies. In mijn ogen is er met de klachtencommissies een laagdrempelig, intern en onafhankelijk oordeel mogelijk en blijft de rechter alleen maar voor de doorprocedeerders. Dat blijft toch iets geks.

De heer **Bruijn** (VVD):
Ik heb gezegd dat in de memorie van antwoord wordt gesteld dat de geschillencommissie een laagdrempelig alternatief biedt voor de gang naar de civiele rechter.

Mevrouw **Martens** (CDA):
Ik wil even accentueren dat de heer Bruijn zojuist heeft gezegd dat die daar juist niet voor bedoeld is. Nu citeert hij uit de memorie van antwoord dat het daar wel voor bedoeld is, waarvan akte.

De heer **Bruijn** (VVD):
Ik vrees dat ik nu verkeerd word geciteerd, maar ik vind het fijn dat mevrouw Martens dit zegt. Dat geeft mij de gelegenheid om het nog eens uit te leggen. De hele beweging is naar meer laagdrempeligheid. In plaats van de verplichte klachtencommissie krijgen wij een verplichte klachtenfunctionaris. Op veel plaatsen waar het volgens iedereen goed is geregeld, is er nu een klachtenfunctionaris. Die is in de beleving van de patiënt laagdrempeliger dan de klachtencommissie. Dat is een beweging.

De andere beweging is dat wij in plaats van alleen de gang naar de rechter nu ook de mogelijkheid krijgen van de gang naar een geschillencommissie. Dan moeten wij natuurlijk niet de geschillencommissie qua laagdrempeligheid vergelijken met de klachtencommissie. De klachtencommissie verschuift immers naar de klachtenfunctionaris. De geschillencommissie komt er als optie bij naast de rechter. Volgens sommigen is de geschillencommissie laagdrempeliger dan de rechter. Ik heb niet gezegd dat ik dat zelf zo ervaar, want ik heb daar geen ervaring mee; ik lees dat het volgens sommigen zo is. Het is heel belangrijk dat de geschillencommissie expertise aan boord heeft; daar heb ik wel ervaring mee. Bijvoorbeeld in de bouwsector kiezen de aanbieders er massaal voor om naar een geschillencommissie te gaan en niet naar de rechter, juist vanwege die expertise. Als je al bang zou zijn voor meer claims, dan vraag ik mij af of een commissie van beroepsgenoten, zijnde de geschillencommissie, meer geneigd zou zijn om een claim toe te kennen dan de onafhankelijke rechter die bovendien nauwelijks verstand van zaken heeft. Relatief weinig; laat ik voorzichtig zijn in mijn formulering. De hele

beweging is er een van meer laagdrempeligheid en meer keuzemogelijkheden. Ik kan het niet anders zien, tenzij wij appels met peren gaan vergelijken. Maar dan moeten wij ook de huidige rechter vergelijken met de huidige klachtencommissie.

De **voorzitter**:
Vervolgt u uw betoog.

De heer **Bruijn** (VVD):
Dank u, voorzitter.

Om de keuzemogelijkheid van de rechter ook de facto reëel te laten zijn, is het belangrijk dat de cliënt deze keuzemogelijkheid dan ook expliciet aangereikt en uitgelegd krijgt. Deelt de minister deze mening? Kan zij aangeven hoe dit de facto vorm zal krijgen? Dit klemt temeer, nu de keuze voor de gang naar de geschillencommissie de mogelijkheid van een inhoudelijke behandeling door een rechter afsnijdt. Immers, het bindend advies van de geschillencommissie kan uitsluitend nog aan een rechter worden voorgelegd voor procedurele toetsing, zoals uiteengezet in de memorie van antwoord op pagina 44. Graag vernemen wij de visie hierop van de minister. Hoe beschouwt de minister in dit verband de suggesties die vanuit het veld zijn gedaan aangaande de aan de klachtenfunctionaris te stellen kwaliteitseisen?

De Wkkgz verplicht zorgaanbieders om aangesloten te zijn bij een onafhankelijke geschilleninstantie die bevoegd is geschillen te behandelen en ook een schadevergoeding kan opleggen tot in ieder geval €25.000. Begrijpt mijn fractie het goed dat vorderingen tot schadevergoeding boven €25.000 altijd bij de gewone rechter moeten worden ingediend en de geschilleninstantie zich onbevoegd en een dergelijke vordering niet-ontvankelijk zal verklaren?

De geschilleninstantie behandelt dus zowel klachten met een claim tot schadevergoeding als klachten zonder financiële claim. De geschilleninstantie voert haar taak formeel uit door een bindend advies uit te brengen. Dit is in artikel 20 van de Wkkgz juridisch vertaald naar "uitspraak bij wege van bindend advies", naar mijn fractie aanneemt in de zin van titel 15, boek 7, van het Burgerlijk Wetboek, art. 7:900 en verder, resulterend in een vaststellingsovereenkomst. Kan de minister dit bevestigen? Dit betekent dat partijen verplicht zijn om de uitspraak van de geschilleninstantie na te komen. Een vonnis is het niet; het heeft immers geen executoriale titel. Als een partij niet nakomt, kan men hooguit nakoming vorderen, maar dus niet executeren. De facto kan het wel als een vonnis ervaren worden, omdat hoger beroep is uitgesloten en men ook verder geen rechtsbescherming meer heeft.

De geschilleninstantie kan ook bemiddelen en bevorderen dat een schikking tussen partijen wordt getroffen. Dat wordt bedoeld met "adviserende taken". In dat geval kunnen partijen alsnog onderling tot een duurzame oplossing voor het geschil komen. Dan is een uitspraak bij wege van bindend advies van de geschilleninstantie niet nodig, maar komen partijen zelf tot een afspraak over de wijze waarop het geschil wordt beëindigd. Maar ook in gevallen waarbij sprake is van een claim tot schadevergoeding is de bemiddelende rol van de geschilleninstantie mogelijk, zeker wanneer beide partijen met elkaar verder willen en het vertrouwen in de relatie willen behouden of herstellen. Gelukkig heeft de patiënt de mogelijkheid om claims en klachten tegelijkertijd in te dienen, zodat de klachtenfunctionaris over dat gehele pakket in één keer met die patiënt kan spreken. En gelukkig wordt dat niet uit elkaar getrokken, waardoor je alleen maar meer procedures, meer stappen, meer bureaucratie en meer kosten zou krijgen.

Kan de minister bevestigen dat de geschilleninstantie wel een bindend advies maar geen boete of waarschuwing kan opleggen, omdat de geschilleninstantie een privaatrechtelijk karakter heeft en verder geen bevoegdheden bij wet krijgt toegewezen? In de laatste nota naar aanleiding van het verslag staat dat een uitspraak ook het opleggen van een verbod en het geven van een "verklaring voor recht" kan inhouden. Dat is niet eerder aan de orde geweest. Zou de minister hierop willen ingaan? Wat kan een uitspraak van de geschillencommissie zoal inhouden?

Met betrekking tot de optimale samenstelling van de geschillencommissie geeft de minister in de memorie van antwoord aan dat deze afhankelijk is van diverse factoren zoals de soort klacht, het type zorgaanbieder en de lokale omstandigheden. Gelukkig, zo zeg ik ook in de richting van het CDA, zijn er ook hier weer keuzemogelijkheden. Dat was indertijd misschien een reden voor het CDA om in de Tweede Kamer deze wet te ondersteunen. Gelet op het grote toepassingsbereik van het wetsvoorstel en de veelsoortigheid van klachten die hiermee gepaard gaat, is het dus niet de bedoeling één specifieke geschilleninstantie voor te schrijven. Gelukkig maar, aldus mijn fractie. Het wetsvoorstel biedt volgens de memorie van antwoord ruimte aan partijen om hieraan zelf invulling te geven, opdat optimaal tegemoet kan worden gekomen aan de lokale behoefte, overeenkomstig de wens van partijen en zoals het ook in andere branches is geregeld met de geschillencommissies of de arbitragecommissies. Bedoelt de minister met dit laatste dat zowel de cliënt als de zorgverlener invloed kan uitoefenen op de samenstelling van de individuele geschillencommissie in kwestie? Hoe ziet de minister dit in de praktijk voor zich?

De memorie van antwoord vervolgt met de stelling dat het denkbaar is dat de Stichting Geschillencommissies voor Consumentenzaken voor een aantal sectoren de rol van geschilleninstantie op zich gaat nemen. Bij de SGC is de voorzitter altijd een rechter, zodat juridische expertise aanwezig is. Is de minister niet van mening dat juridische expertise altijd aanwezig zou moeten zijn, dus ook in sectoren waarbij de SGC niet betrokken is of wordt? Is de minister bereid te bevorderen dat een jurist altijd deel uitmaakt van de commissie, bijvoorbeeld door dit op te nemen in de AMvB inzake de erkenningsregeling? Is de minister bereid dit aspect mee te nemen bij de wetsevaluatie? Is zij bereid de genoemde AMvB voor te hangen bij deze Kamer?

Mijn fractie wacht de beantwoording door de minister met veel belangstelling af.

De **voorzitter**:
Het woord is zo aan de heer Don, maar eerst zal ik lang bellen omdat het zijn maidenspeech is.

Voorzitter: Broekers-Knol

De **voorzitter**:
Ik geef graag het woord aan de heer Don, die, zoals gezegd, zijn maidenspeech zal houden.

☐

De heer **Don** (SP):
Voorzitter. Met groot plezier sta ik hier vandaag, met een zeker ontzag maar ook met gepaste trots. Eerste Kamerlid zijn is een hele eer en een stevige uitdaging, zeker om woordvoerder zorg van de SP-fractie te zijn. Van huis uit ben ik verpleegkundige in de psychiatrie. Sinds een lange tijd werk ik voor het Leger des Heils in Brabant en Limburg. In die functie ontmoet ik in het dagelijks leven mensen die het niet goed getroffen hebben. Mensen die op een of andere manier uitvallen in onze samenleving en aanspoelen bij onze organisatie. Mensen zonder helper, zeggen we bij het Leger. Mensen die hulp en zorg nodig hebben omdat ze het anders niet redden. Maar ook mensen die het uiteindelijk vaak wel weer voor elkaar krijgen, met steun, met een maatschappelijke investering, om weer een plek in de samenleving te vinden. De zoektocht is lang en soms gaat het ook weer mis, maar de aanhouder wint best vaak. Dat inspireert me.

Ik geloof in de eigenkrachtbeweging. Daarbij wordt de inzet van de ervaring van cliënten gebruikt om andere cliënten, die nog niet zover zijn in hun herstel, te steunen in hun zoektocht. Samen vooruitkomen, dat past ook erg bij de partij die ik hier mag vertegenwoordigen. Tot zover wat persoonlijke opmerkingen, zodat u mij kunt plaatsen.

Laat ik het nu hebben over het voorliggende wetsvoorstel. Ik zeg maar meteen eerlijk dat ik daar, in het kader van wat ik zojuist zei, niet erg enthousiast van word. Voor welk probleem is dit wetsvoorstel daadwerkelijk een oplossing? Ik zie het nog niet en ik heb de indruk dat ik, binnen en buiten deze zaal, lang niet de enige ben.

Het is al een oud wetsvoorstel. De eerste versie is uit 2010 en het huidige wetsvoorstel uit 2013. De draagtijd is lang: een olifantendracht, maar het kind is desondanks geen schoonheid. Met de inzet van het voorliggende wetsvoorstel is niet zo veel mis. De wijze waarop we nu klachten, toezicht en kwaliteit versnipperd georganiseerd hebben, mag best eens verbeterd worden. De vraag vanuit de SP-fractie is echter of het wetsvoorstel een passend antwoord geeft op de vraag vanuit de samenleving naar een verbetering van de positie van de cliënt.

De cliëntenorganisaties zoals de Consumentenbond, Patiëntenfederatie NPCF, Ieder(in) en Zorgbelang Nederland zijn voor. Verbetering van de positie van de cliënt is hun belangrijkste argument. Daarbij kijken deze organisaties voornamelijk naar de veranderingen van het klachtrecht voor cliënten. Dat is belangrijk om te weten. Het merendeel van de brancheorganisaties uit de zorg verzoekt de Eerste Kamer echter om het wetsontwerp te verwerpen. Dat is niet niks en eveneens iets om goede notie van te nemen.

Mijn fractie verbaast zich over de beperkte reikwijdte van het wetsontwerp. De Wmo met zijn lokale gemeentelijke ontwikkelingen valt niet onder de reikwijdte van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Dit is te lezen in de beantwoording van het voorlopige verslag van 14 juli 2014. Ik vind dat erg jammer. Gemeenten hebben de beleidsvrijheid om hun eigen kwaliteitskader, klachtrecht maar ook het toezicht in het kader van de Wmo te ontwikkelen. Door de Wmo uit te sluiten, laat de minister de mogelijkheid voorbijgaan om een kaderwet te ontwikkelen, die over kwaliteit, klacht en toezicht over alle zorgvelden heen gaat en dus ook voor de Wmo geldt. Zo'n kader zou ook ruimte kunnen geven aan de verschillende beroeps- en belangenorganisaties om het klachtrecht verder in te vullen en daarmee aan te sluiten op de huidige praktijk van klachtenafhandeling. In een tijd waarin zo veel zorgtaken naar de gemeente overgeheveld zijn, begrijp ik niet waarom de minister deze kans mist.

De burger heeft straks, indien het wetsvoorstel wet mocht worden, als verzekerde patiënt, de mogelijkheid van een geschillenbeslechting en een claimrecht. Die burger krijgt misschien wel bij dezelfde organisatie ondersteuning als participant, gefinancierd vanuit het gemeentelijk Wmo-budget. In dat geval moet hij maar zien of hij zijn geschil beslecht en zijn claim beoordeeld krijgt. In ieder geval niet bij de gemeenten die deze mogelijkheden van een geschillenregeling en claimbeoordeling niet in hun lokale verordening hebben opgenomen. Vanwaar deze ongelijkheid?

De keuze van de minister om het wetsontwerp alleen te laten gelden voor de zorgdomeinen die onder de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg vallen, creëert daarbij ook onduidelijkheid voor burgers, zorgaanbieders en werkers in de eerste lijn. Je zult maar zorg en ondersteuning moeten leveren vanuit verschillende wettelijke kaders en verschillende gemeentelijke verordeningen. Het gevaar dat je door de bomen het bos niet meer ziet, lijkt me alleszins reëel. Hoe ziet de minister dat?

Dit waren enkele punten waarover het wetsvoorstel willens en wetens niet gaat. Ik heb ook nog enkele opmerkingen over onderwerpen die wel onderdeel van het voorstel zijn. Ik vind het belangrijk dat onvrede, klachten en geschillen zo dicht mogelijk bij de bron worden opgelost. Wat ons betreft is dat een goede gedachte van de minister. De lijn is duidelijk. Zo is er bijvoorbeeld bijstand van een klachtenfunctionaris, een klachtenreglement en een geschillencommissie. Het zijn onderdelen uit de Wkkgz die door de zorgaanbieder georganiseerd dienen te worden en die de positie van de cliënt verstevigen. Hoe staat het echter met de positie van de zorgverlener als tegen hem of haar een klacht is ingediend? Dit blijft onduidelijk, ondanks de vele vragen vanuit de brancheorganisaties en de Eerste Kamer en de antwoorden van de minister hierop. Een zorgvuldige procedure is de basis voor de klachtoplossende dialoog die de minister beoogt. Een waarborg voor de zorgverlener lijkt echter te ontbreken in het wetsontwerp. Zie ik dat goed? Hoe staat het met het overleg met het veld? Wat doet de minister om nader tot elkaar te komen? Een klacht van een cliënt, bijstand van een klachtenfunctionaris en een beoordeling van de klacht: dit is het voorgestane pad in het wetsontwerp. In een zorginstelling kun je deze beoordeling van de klacht op een neutrale wijze onderbrengen bij een andere geleding. Maar hoe zit het met de eerstelijnszorgverleners zoals de huisartsen? Zij dienen de klachten tegen zichzelf te beoordelen, iets wat in mijn ogen onwenselijk is. Hoe ziet de minister dat?

Dit zijn slechts twee voorbeelden van een zwakke uitwerking van de klachtenprocedure binnen het voorliggende wetsontwerp. Er zijn ook verschillende opmerkingen te maken over de voorgestane geschillenprocedure. Klachten en

claims zijn verschillende juridische entiteiten. Het wetsvoorstel maakt hier echter nauwelijks onderscheid in. Mijn fractie vindt deze differentiatie in het wetsontwerp onvoldoende. Kan de minister haar keuze uitleggen?

Ik heb nog een aandachtspunt en een vraag. In het wetsvoorstel Zorg en dwang dat de Eerste Kamer nog moet behandelen, kiest de minister expliciet voor een onafhankelijke klachtencommissie, met hoor en wederhoor, hoger beroep bij de rechter en een schadevergoeding via de rechter. Daarbij moeten de klager en degene tegen wie de klacht gericht is, in staat worden gesteld om gehoord te worden. Het klachtrecht wordt hier door de minister compleet anders ingevuld dan binnen de Wkkgz. Natuurlijk, cliënten in dwangsituaties verdienen een stevige rechtsbescherming. Maar verdienen niet alle cliënten dit? Verbrokkelt de positie van de cliënt niet door verschillende klachtenprocedures binnen verschillende zorgwetten? Mijn fractie vindt van wel en is benieuwd wat de minister ervan vindt.

Mijn fractie waardeert de poging van de minister om grip te krijgen op de kwaliteit van zorg van de alternatieve zorgverleners. Het registreren van deze zorgverleners in een nog in te stellen register en het onder toezicht brengen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg zijn stappen hiertoe. Mijn fractie wil van de minister weten wie erop toeziet dat de alternatieve zorgverleners zich ook daadwerkelijk registeren en of de IGZ de kennis en de tijd heeft om toezicht te houden op de ongeveer 40.000 alternatieve zorgverleners?

Ik kom aan het einde van mijn betoog. De weerstand uit het professionele veld tegen de uitvoerbaarheid van dit wetsontwerp is groot. De brancheorganisaties en de cliëntenorganisaties lijken haast tegenover elkaar te staan. Dit komt de uitvoerbaarheid van de Wkkgz niet ten goede. Het mag duidelijk zijn: de SP-fractie is kritisch. De bedoeling die de minister heeft met dit wetsvoorstel, trek ik niet in twijfel. Goede zorg, toezicht en verbetering van de positie van de cliënt is ook de bedoeling van de SP. Wij herkennen hierin de opmerkingen van de cliëntenorganisaties.

De Wmo valt echter zonder goede argumentatie buiten de reikwijdte van de Wkkgz. De versnippering van toezicht, klacht- en geschilmogelijkheden voor cliënten in de verschillende zorgdomeinen blijft daarmee bestaan. Afgelopen zaterdag schreef de NRC: "Van Rijn wil onderzoek naar dode in een probleemgezin". Het gaat om een naar het lijkt vanuit de Wmo ondersteund verwaarloosd gezin met een overlijden in de gemeente Zoetermeer. De staatssecretaris wil een onderzoek. Is de staatssecretaris daarmee het geweten van de gemeente geworden? De gemeenteraad gaat toch uiteindelijke over de Wmo? Dit is een voorbeeld van die onduidelijkheid. Wie gaat nu uiteindelijk waar over?

Toezien op de kwaliteit en de uitvoerbaarheid van wetgeving is een van de bijzondere taken die deze Kamer zichzelf oplegt, als ik het goed begrepen heb. Laat ik mij daardoor dan ook maar meteen leiden in mijn eerste plenaire inbreng. Alles overziend, vind ik dat dit wetsvoorstel nogal in elkaar gefrot lijkt. Dat lijkt mijn fractie niet goed. De SP-fractie kan zich voorstellen dat meerdere fracties er zo over denken en is natuurlijk ook benieuwd naar de reactie van de kant van de regering op onze beoordeling van dit wetsvoorstel.

De **voorzitter**:
Mijnheer Don, blijft u nog even staan? Dank u wel. Mijn hartelijke gelukwensen met uw maidenspeech. Mag ik kort iets van uw achtergrond schetsen?

U had geen beter onderwerp kunnen treffen voor een maidenspeech dan het wetsvoorstel waarover we het vandaag hebben. De kwaliteit van de zorg en de positie van de patiënt/cliënt liggen u na aan het hart. Uw beroepsmatige wortels liggen in de gezondheidszorg en u bent op dit terrein nog steeds actief, nu als bestuurder.

Van 1980 tot 1984 volgde u de hbo-opleiding verpleegkunde en u ging daarna ook meteen op dat gebied aan de slag: eerst van 1984 tot 1988 op de afdeling psychiatrie bij het Academisch Ziekenhuis Utrecht en daarna van 1988 tot 1993 als stafverpleegkundige bij de Forensisch en Observatie Afdeling van de Penitentiaire Inrichting Amsterdam-Zuidoost, beter bekend als de Bijlmerbajes.

Daarna verlegde u uw aandacht naar de beleidsmatige kant van de zorg. Zo studeerde u van 1990 tot 1994 Gezondheidswetenschappen aan de Rijksuniversiteit Limburg in Maastricht en werkte u van 1993 tot 1999 als intakefunctionaris en zorgmanager bij GGZ Eindhoven. In 1999 werd u hoofd hulpverlening van het Leger des Heils in Noord-Brabant en Limburg, een functie die u tot 2006 vervulde.

Uw loopbaan in de zorg werd in 2006 onderbroken toen u een overstap maakte naar het politiek bestuur. Uw partij, de SP, boekte dat jaar landelijk gezien een forse winst van 175 raadszetels bij de gemeenteraadsverkiezingen en zette die ook om in wethoudersposten. Van 2006 tot 2010 was u bijgevolg wethouder voor onder meer Welzijn, Sociale Zaken, Wmo, Financiën en Personeel in Eindhoven. Het was voor u een boeiende maar ook heel zware periode, zo verklaarde u zelf in een interview in juni 2012 met BN DeStem: "Ik voelde mij een circusartiest, je moest heel veel bordjes in de lucht houden".

De kop van het interview luidde overigens: "Een lijntje met God én met de SP". Dat eerste sloeg op het feit dat u al sinds 1999 werkt bij het Leger des Heils, een organisatie met een missie die voortkomt uit de Bijbel. Op de vraag van de verslaggever of in u ook niet een beetje een Majoor Bosshardt schuilt, antwoordde u: "Majoor Bosshardt valt niet te evenaren, maar het willen helpen van mensen die in de problemen zitten, dat vind je bij mij ook wel terug". Uw omgeving kenschetst u als een betrokken, gedreven en blijmoedig mens, en eerlijk gezegd hebben wij u zo al een beetje leren kennen.

U werkt nog steeds bij het Leger des Heils, sinds 2010 als directeur van het Centrum Wonen, Zorg en Welzijn in Noord-Brabant en Limburg. En als we de internetencyclopedie Wikipedia moeten geloven — nu komt het — hebt u de inmiddels politiek verlaten. Op Wikipedia staat: "Hans-Martin Don is een Nederlandse oud-politicus". U weet net zo goed als ik dat iedereen Wikipedia kan bewerken. Nou ben ik zo benieuwd wie dit gedaan heeft, maar het staat er echt, althans, het stond er gisteren echt. Zo blijkt maar weer dat je niet alles moet geloven wat op internet staat — dit is een mededeling van algemene aard — want op 9 juni 2015 bent u toch echt toegetreden tot de Eerste Kamer. Uw maidenspeech vandaag is daar het levende bewijs van!

Ik wens u heel veel succes met uw verdere bijdrage aan het werk van de Kamer. Ik schors de vergadering om de collegae de gelegenheid te geven om u geluk te wensen met uw maidenspeech maar, zoals ik iedere keer erbij zeg: ik ben de eerste die u gelukwenst.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

☐

De heer **Kuiper** (ChristenUnie):
Voorzitter. Allereerst wil ik de heer Don ook publiekelijk feliciteren met zijn maidenspeech. De SP is natuurlijk een andere partij dan de ChristenUnie, maar het Leger des Heils kan ook bij ons niet stuk.

Voorzitter. Via een lange weg bereikt ons nu een wetsontwerp dat aanvankelijk slechts een onderdeel zou zijn van een veel bredere wet over cliëntenrechten in de zorg. Het onderdeel dat in dit wetsvoorstel is uitgewerkt betreft klachten en geschillen in de zorg, en niet de medezeggenschap en andere aspecten. De beweging die is ingezet ter versterking van de positie en de invloed van cliënten in de zorg vindt mijn fractie belangrijk. Dat blijkt ook uit onze eerdere bijdragen in deze Kamer en onze inzet om verzekerden meer zeggenschap te geven bij zorgverzekeraars. Daarover komen we in het kader van het wetgevingsprogramma van deze minister later nog te spreken.

Mijn fractie staat sympathiek tegenover het doel van dit wetsvoorstel. Als we letten op de titel ervan, is er wel iets veranderd ten opzichte van het aanvankelijke wetsontwerp. Het wetsvoorstel dat we vandaag behandelen, staat uitdrukkelijk in het teken van de kwaliteit van de zorg. Dat is wat ons betreft niet een aspect van dit wetsvoorstel, maar het kader waarbinnen het op nieuwe leest geschoeide klachtrecht moet gaan functioneren. De winst van dit wetsvoorstel is dat klachten- en geschillenregelingen worden gestandaardiseerd en afgestemd op bestaand en te ontwikkelen kwaliteitsbeleid.

In de bestaande klachtenregeling worden al langere tijd zwakke plekken aangewezen. Die hebben te maken met het informele karakter van klachtenregelingen, het soms ontbrekende vertrouwen in klachtencommissies, ontevredenheid bij cliënten over de afhandeling van klachten en de moeilijke gang naar geschilleninstanties. Dit alles heeft de roep doen ontstaan naar een wettelijk kader, geformaliseerde procedures en een betere waarborging van onafhankelijkheid. In de asymmetrische verhouding tussen arts en patiënt, of tussen zorgaanbieder en cliënt, moet er worden gelet op de positie van de zwakste partij. Dat is de patiënt c.q. de cliënt. Het gaat tenslotte om zijn of haar gezondheid, lichaam en leven. Die positie wordt nu versterkt, onder meer door een vorderingsrecht dat in de oude wettelijke regeling ontbrak.

In de nieuwe wet krijgt de zorgaanbieder de verplichting een klachtenfunctionaris aan te wijzen. De cliënt krijgt informatie over de wijze waarop een klacht kan worden ingediend en als er na een weg van behandeling geen uitkomst is, dan is de procedure om op te schalen naar een geschilleninstantie. De aanpak is erop gericht een klacht dicht bij de zorgaanbieder op te vangen en zo mogelijk daar al op te lossen. Vormen van mediation kunnen al vroeg worden ingezet. Deze aanpak lijkt ons zeer juist: men moet beginnen bij de situatie die aanleiding gaf tot de klacht, de mensen daar aanspreken en de bestaande kwaliteitsmechanismen ook daar inzetten.

Nu geeft de minister aan dat naast de aangewezen klachtenfunctionaris er nog altijd klachtencommissies kunnen blijven bestaan. Dat gebeurt dan in vrijwilligheid, want er is geen wettelijke verplichting meer daartoe. De behoefte de klachtencommissies te handhaven komt op in situaties waarin er sprake was van tevredenheid met de gang van zaken. Mijn fractie heeft een vraag over de verhouding tussen een nog bestaande klachtencommissie en een aan te wijzen klachtenfunctionaris. Tevredenheid over een huidige regeling hoeft immers niet te betekenen dat de cliënt daarmee werkelijk het beste gediend is. De tevredenheid over de huidige klachtencommissies kan ook zien op de mate waarin klachten nu kunnen worden beheerst. Hoe zal een klachtencommissie zich straks moeten verhouden tot de wettelijk aangewezen klachtenfunctionaris? Mogen zorgaanbieders cliënten bijvoorbeeld eerst doorverwijzen naar de eigen klachtencommissie en daarna pas naar de klachtenfunctionaris? En hoe zit het met de onafhankelijkheid van de klachtenfunctionaris, die immers nog altijd door de zorgaanbieder wordt aangewezen? Het lijkt mij belangrijk om het in dit debat ook te hebben over de kwaliteitseisen, de maatstaven die we aanleggen voor de kwaliteit van de klachtenfunctionaris. We willen de minister ook vragen welke rol zij ziet voor eventuele ombudsfuncties in de zorg. Die ontwikkelen zich ook. Kunnen zij een alternatief zijn voor de klachtbehandeling?

In de schriftelijke voorbereiding is bijzondere aandacht uitgegaan naar de kleinere zorgaanbieders, de kleine zelfstandigen of zo men wil: de solisten in de zorg. Er is gesproken over de regeldruk — dat punt is al eerder aan de orde geweest vanmiddag — en over de mogelijke financiële consequenties die hier zwaar kunnen wegen. Maar voor kleine zorgaanbieders moet het uitgangspunt natuurlijk eveneens zijn dat hun zorg van goede kwaliteit is en dat de cliënt bij hen in veilige handen is. Nu zegt de minister dat zij geen verdere vormvereisten stelt als men maar voldoet aan de wet en een klachtenfunctionaris aanwijst. Zij kunnen de regels dus op eigen wijze implementeren. Tot welke uitkomst gaat dit leiden? Wat betekent dit voor de kleine zorgaanbieders? Graag horen we meer hierover, aangezien de minister, na aanvaarding van dit wetsvoorstel, regels gaat geven voor de implementatie. Deze wet zou ertoe kunnen leiden dat een aantal kleine zorgaanbieders omvalt of niet meer zal kunnen functioneren, omdat zij nu eenmaal niet meer aan de kwaliteitseisen zullen voldoen. Hoe is deze wet uitvoerbaar zonder dat hij onbedoelde effecten gaat opleveren in de wereld van de kleine zorgaanbieders?

De nieuwe wet zal leiden tot een herinrichting en professionalisering van de praktijk van klachtbehandeling. Er worden vast nieuwe protocollen gemaakt. Ook komen er aanwijzingen voor het gedrag en het handelen van zorgaanbieders. Wordt dat proces begeleid? Welke rol speelt de Inspectie voor de Gezondheidszorg hierbij? De praktijkgevolgen van de wet raken natuurlijk rechtstreeks de kwaliteit en de kwaliteitsstandaarden in de gezondheidszorg. Dat is uitdrukkelijk ook de bedoeling van dit wetsvoorstel, want daarin wordt de klachtbehandeling in het kader van kwaliteitszorg geplaatst. Graag horen we nog in dit debat van de minister een uiteenzetting over de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid in de zorg in relatie tot de verdere ontwik-

keling van klachtrecht en geschillenbeslechting. Hoe ziet zij dit?

Een ander thema dat onze fractie nog bezighoudt, is het onderscheid tussen klacht en claim. De nieuwe wet is erop gericht om klachten in een vroeg stadium af te vangen en zo mogelijk tot een bevredigende oplossing te brengen. Lukt dat niet dan is er de gang naar de geschilleninstantie, die een bindend advies geeft. Uiteindelijk kan dan ook nog de gang naar de rechter worden gemaakt. Niet alle klachten hoeven echter te eindigen in een claim en de klachtenprocedure moet niet juridificeren, zo is de gedachte. Toch is het realistisch ervan uit te gaan dat niet alle mensen die klagen zich altijd gemakkelijk neerleggen bij gedane uitspraken door een klachtenfunctionaris. De nu opgezette regeling baant wel degelijk ook een weg voor mensen die tot de hoogste instanties door willen gaan met hun procedures. Mijn fractie meent dat dit risico geen reden kan zijn om cliënten en patiënten het recht te ontzeggen op een onafhankelijke procedure, maar ziet wel degelijk de keerzijde van deze regeling. Hoe kijkt de minister tegen dit probleem aan?

Wij wachten de verdere gedachtewisseling in dit debat af en horen graag de antwoorden van de minister op de door ons gestelde vragen.

De **voorzitter**:
Ik zie dat de heer Bruijn een interruptie wil plaatsen.

De heer **Kuiper** (ChristenUnie):
Ik wacht het af, voorzitter.

De heer **Bruijn** (VVD):
Ik ga die verwachting dan maar invullen. Ik heb eigenlijk twee vragen aan de heer Kuiper. Hij had het net over de kleine zorgaanbieders. Die zouden volgens de heer Kuiper misschien kunnen omvallen, als ik hem goed heb begrepen. De berekeningen laten zien dat de extra kosten ongeveer €100 per aanbieder zouden kunnen zijn. Als die aanbieder omvalt als hij €100 extra kosten krijgt, dan zou hij zonder deze regeling ook wel zijn omgevallen, denk ik, dus ik deel die zorg niet. Bovendien zijn er veel kleine aanbieders die dit allang zo doen, en die vallen allemaal niet om. Dat is mijn eerste vraag.

Dan mijn tweede korte vraag. U bent bezorgd dat deze wet de weg opent naar een procedure tot aan de hoogste organen, maar die weg is nu ook allang open voor de patiënt. De patiënt kan nu ook naar de rechter, in hoger beroep et cetera. Daar verandert niets aan. De bedoeling van de wet is om door een betere afhandeling, laagdrempeliger, dicht bij de patiënt zelf, die gang naar die hogere rechtsorganen onnodig te maken en de patiënt zelfs zodanig beter te behandelen dat hij die gang zelf ook niet nodig vindt.

De heer **Kuiper** (ChristenUnie):
De eerste vraag gaat over het omvallen van kleine zorgaanbieders. Dat is natuurlijk niet wat ik beoog. Wat ik zie, is dat het risico bij de kleine zorgaanbieders mogelijk groot is. Zij hebben geen buffers, zij staan er alleen voor. Dan hebben wij te maken met regeldruk. Ik ben het met u eens dat het volgens de berekeningen die wij hebben gezien, op te brengen moet zijn. Er is ook de dreiging van een claim, die tot €25.000 kan gaan. Dat is voor een kleine zorgaanbieder een heel groot bedrag.

Volgens mij moet het gaan om een prikkel om kwaliteit te leveren. Dat geldt ook voor de kleine zorgaanbieder, die in deze dynamiek natuurlijk kwetsbaarder is dan een grote zorgorganisatie. Dat is wat ik wilde zeggen. Mijn hoofdregel is hier dat ook de kleine zorgaanbieder, de solist, de kwaliteit moet leveren waar we in dit land voor willen staan. De vorm waarin zorg wordt geboden, moet niet een beperking zijn van de kwaliteit ervan. Dat is de eerste vraag.

Dan de tweede vraag. Ik ben het met u eens dat het zo moet werken dat de klacht wordt afgevangen dicht bij de bron, waar iets ontstaat waar mensen ontevreden over zijn. Ik zou niet willen dat het wordt gejuridificeerd en dat mensen doorprocederen tot de hoogste instantie. Ik heb de verwachting dat deze wet zo kan werken, maar ik heb hierover een vraag gesteld aan de minister. Je hebt nu eenmaal mensen die toch doorgaan. We leven niet in een Utopia, waar alles precies gaat zoals het in onze voorstellingen op z'n allerprachtigst kan zijn. Het is realistisch om te bedenken dat er mensen zijn die doorgaan met procederen en die wel willen juridificeren. Daarover hoor ik graag het oordeel van de minister.

☐

Mevrouw **Nooren** (PvdA):
Voorzitter. Allereerst ook mijn felicitaties aan collega Don. Ik ken hem als een man die gaat voor kwetsbare mensen. Ik zie uit naar de verdere gedachtewisseling in dit debat en in de vele debatten die nog zullen volgen.

Als je aan Nederlanders vraagt wat voor hen het belangrijkste in hun leven is, staat bij veel mensen een goede gezondheid op nummer 1. Helaas is een goede gezondheid niet voor iedereen vanzelfsprekend. Wanneer je ziek bent of een beperking hebt, ben je blij dat er mensen zijn die zich inzetten voor jou — en wat mij betreft gelukkig steeds vaker met jou — om ervoor te zorgen dat je geneest of als dat niet kan een zo goed mogelijk leven kunt leiden. Mensen met een beperking of ziekte zijn vaak tevreden over de zorg die geboden wordt. Wij prijzen ons in Nederland gelukkig met een goed gezondheidszorgsysteem, met vele deskundige, betrokken professionals. Ik denk dat we dit vandaag niet uit het oog moeten verliezen.

Dat neemt niet weg dat mensen zich kwetsbaar en afhankelijk kunnen voelen, als hun lijf niet optimaal functioneert of als ze bijvoorbeeld niet meer voor hun gehandicapte kind of dementerende moeder kunnen zorgen. Als je belangrijkste goed, je gezondheid, in het geding is, is het van belang dat je terecht kunt bij zorgverleners die je adequaat informeren en dat je je niet druk hoeft te maken over de kwaliteit van de geleverde zorg. Bovendien moeten er eenvoudige wegen zijn om het gesprek aan te gaan, als de geleverde zorg niet aansluit bij wat je ervan had mogen verwachten.

Wanneer mensen ontevreden zijn over de zorg die verleend is, gaat het in bijna alle gevallen over de adequaatheid van de informatievoorziening, de mate waarin zij betrokken worden bij de besluitvorming en/of de kwaliteit van het medisch-inhoudelijk handelen, en dus niet alleen om het medisch-inhoudelijk handelen. Het vertrouwen van patiënten en cliënten in de zorgverlener neemt toe als zorgverlener

zelf het gesprek aangaat met de patiënt of de cliënt als zaken anders lopen dan verwacht.

Het wetsvoorstel Kwaliteit, klachten en geschillen zorg is bedoeld om de positie van patiënten en cliënten te versterken — in dit wetsvoorstel wordt de term "cliënten" gehanteerd, hoewel ik ook wel houd van de term "patiënten" — de informatievoorziening over wat geleverd wordt te verbeteren en de drempel om met elkaar in gesprek te gaan, als de zorg niet voldoet aan de verwachtingen, te slechten. Het kent een lange geschiedenis, zoals al meermaals is opgemerkt. Al bij de introductie van het nieuwe zorgstelsel werd breed onderkend dat de positie van cliënten krachtiger moest worden ten opzichte van die van de zorgverleners en de zorgverzekeraars. Collega Kuiper wees daar net al op.

Het lastige is dat de meningen verdeeld waren en blijven over de vraag of dit het beste kan gebeuren door een apart wetsvoorstel om de kwaliteit, klachten en geschillen voor alle vormen van zorg te regelen. Daar waar zaken al goed geregeld zijn, zal de invoering van de wet slechts codificerend werken en van beperkte betekenis zijn voor de dagelijkse praktijk, is de algemene indruk. Cliëntenorganisaties bepleiten om de integrale wet die we vandaag bespreken, zo snel mogelijk in te voeren om eindelijk de positie van cliënten te versterken. Daar staat tegenover dat vertegenwoordigers van verschillende groepen zorgaanbieders daar heel anders tegenaan kijken. Met name de branches van zorgaanbieders waarschuwen voor de verdere juridisering van de zorg en wijzen op onduidelijkheden in de procesgang bij de afhandeling van klachten en geschillen. Bovendien zijn zij van mening dat een aantal regelingen leiden tot extra lasten en een gevoel van onveiligheid bij hulpverleners.

In de schriftelijke en mondelinge behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer, en ook in deze Kamer, zijn veel van de genoemde punten uitgebreid aan de orde geweest. Wij danken de regering voor de gegeven antwoorden. Op een aantal punten is naar het oordeel van de PvdA-fractie verheldering nodig van de minister, om een goed oordeel te kunnen vellen over het voorliggende wetsvoorstel.

Voor cliënten is het van belang dat zij bij vragen en klachten weten bij wie ze terecht kunnen en wat de rolverdeling dan is tussen alle betrokkenen. Hierover hebben wij de volgende vragen.

Met het wetsvoorstel wordt beoogd dat bij vragen en onvrede over de geleverde zorg de dialoog tussen zorgverlener en cliënt centraal komt te staan. Daarbij past dat het inschakelen van een geschillencommissie de optie is die overblijft als je er in een onderling gesprek, al dan niet met het inschakelen van een klachtenfunctionaris, niet uitkomt. De PvdA-fractie vindt dit een goede zaak. Op basis van de toelichting van de regering op vragen over artikel 21, lid 1c, blijft het voor ons onduidelijk of het wetsvoorstel dit voldoende borgt. Beoogt de minister met het wetsvoorstel dat een cliënt in alle gevallen pas bij de geschillencommissie terecht kan, wanneer hij ontevreden is over de afhandeling van zijn klacht door de zorgaanbieder? Zo niet, in welke gevallen vindt de minister directe toegang tot de geschillencommissie aan de orde? Hoe denkt de minister dan te voorkomen dat de weg naar de geschillencommissie te gemakkelijk bewandeld wordt?

Ons tweede punt betreft de onduidelijkheid over de positie van de klachtenfunctionaris. Wij gaan er vanuit dat de klachtenfunctionaris, zoals verwoord in artikel 15, het belang van de cliënt voorop moeten stellen. In de laatste nota naar aanleiding van het verslag is echter bovenaan bladzijde 13 te lezen dat de klachtenfunctionaris ook tot taak heeft de belangen van de zorgaanbieder te behartigen. Klopt dit antwoord wel met wat beoogd wordt met artikel 15 van het wetsvoorstel? Ik hoor graag een verheldering van de minister op dit punt.

Onze derde vraag gaat over de rolverdeling bij wie een cliënt terecht moet als er sprake is van keten- of netwerkzorg. Hierover zijn al vragen gesteld door een aantal collega's. Het gaat hierbij ook om de reikwijdte van de wet. Met de overheveling van belangrijke onderdelen van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet, de Jeugdwet en de Wet maatschappelijke ondersteuning komt het steeds vaker voor dat mensen een integraal pakket aan zorg en ondersteuning ontvangen. Dit wordt vaak geleverd door mensen die door verschillende organisaties gedetacheerd zijn in een wijkteam. Zo'n wijkteam kan bestaan uit wijkverpleging, welzijnswerkers en mensen uit de jeugdzorg, de psychiatrie en de gehandicaptenzorg. Het wordt vaak aangestuurd door een ambtenaar van de gemeente. Voor de cliënt is dat gewoon één team. Als wij het goed begrijpen, vallen de activiteiten die gefinancierd wordt uit de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning, de pgb-zorg door niet BIG-geregistreerden en het handelen van de ambtenaar uit het voorbeeld niet onder de wet. Hebben wij dit goed begrepen? En als dit zo is, bij wie moet de cliënt dan zijn als er iets misgaat in het handelen van en de afstemming tussen de hulpverleners in een wijkteam? Daarbij komt dat medewerkers te maken hebben met zowel protocollen en richtlijnen van hun moederorganisatie als met een nieuwe set aan regels en richtlijnen die door de gemeente worden opgesteld. De vraag is dan welke kaders voor deze zorgverleners leidend zijn: die van hun moederorganisatie, bijvoorbeeld de psychiatrie, en dus van dit wetsvoorstel, of die van gemeente?

Ook in de curatieve zorg is er gelukkig steeds meer sprake van een integrale benadering van de problematiek van de patiënt. Medisch specialisten kijken bijvoorbeeld op afstand mee in de spreekkamer van de huisarts in de fase van de diagnostiek. Het wetsvoorstel regelt dat een zorgaanbieder een klacht die bij een ander thuishoort, doorgeleidt naar de juiste zorgaanbieder. Hoe ziet de minister de rolverdeling als er sprake is van een multidisciplinaire behandeling met meerdere zorgverleners die samenwerken, zoals hiervoor geschetst? De minister verwijst in haar antwoorden op dit punt tot nog toe naar de "Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg" van de KNMG uit 2010. Daarin staat over incidenten en fouten slechts dat naar een cliënt openbaarheid wordt betracht en dat incidenten worden gemeld op een binnen het samenwerkingsverband afgesproken centraal punt. Hoe wordt voorkomen dat de cliënt in een discussie tussen zorgverleners of zorgaanbieders aan het kortste eind trekt en niemand aanspreekbaar is als de cliënt ontevreden is over de geleverde zorg of er fouten zijn gemaakt?

Wat fundamenteler is de PvdA-fractie van mening dat in wet- en regelgeving meer rekening moet worden gehouden met het feit dat zorg in ketens en netwerken verleend wordt, waarbij de hiërarchische en functionele aansturing uiteen kan lopen. Deelt de minister onze opvatting? En is de

minister bereid om een onderzoek te laten uitvoeren, bijvoorbeeld door de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, naar de implicaties van de verschuiving naar netwerk- en ketenzorg voor de rolverdeling in de zorg en de wetgeving op het gebied van kwaliteit?

Het tweede punt dat wij hier aan de orde willen stellen, gaat over de gang van zaken bij het melden van incidenten. De PvdA-fractie is ervan overtuigd dat de zorg steeds beter kan worden als zorgverleners van hun fouten en bijna-fouten kunnen leren. Dit werkt alleen als er zo min mogelijk drempels zijn voor medewerkers om incidenten te melden en te bespreken. De minister laat bij artikel 9, zesde lid, de mogelijkheid open dat informatie uit het veilig meldsysteem opgevraagd wordt voor strafzaken als de informatie niet anders verkregen kan worden. Hoe kijkt de minister aan tegen de vrees van hulpverleners dat dit de drempel om incidenten te melden zal verhogen, en welke mogelijkheden ziet ze om deze vrees weg te nemen?

Binnen de huidige klachtenregelingen worden alle kosten gedragen door de zorgaanbieders en zijn geen eigen bijdragen voor de klagers aan de orde. De PvdA-fractie vindt dat een goede zaak, omdat zo voorkomen wordt dat je financiële situatie bepaalt of je een klacht in kunt dienen. Om te voorkomen dat de gang naar de geschillencommissie te laagdrempelig is, wordt voorgesteld om mensen €50 vooraf te laten betalen. Zij krijgen dit alleen terug als ze in het gelijk worden gesteld. Waarop is de hoogte van dit bedrag gebaseerd? Hoe kan voorkomen worden dat voor mensen met een smalle beurs de gang naar de geschillencommissie onmogelijk wordt vanwege de kosten die zij daarvoor moeten maken?

De branches van zorgaanbieders geven de voorkeur aan het versterken van de positie van de cliënt via aanpassing van bestaande wetgeving boven het huidige wetsvoorstel. Zij wijzen op elementen in de wet die een verzwaring zijn van de administratieve lasten in de zorg, bijvoorbeeld door het register van zorgverleners, de vergewisplicht voor nieuwe medewerkers en de verplichting om schriftelijke overeenkomsten te sluiten met iedere medewerker. Hoe kijkt de minister aan tegen deze bezwaren van de zorgaanbieders? Zijn er bijvoorbeeld mogelijkheden om via een aanpassing van het uitvoeringsbesluit tegemoet te komen aan deze bezwaren?

Een ander punt waarvoor aandacht wordt gevraagd, is de kans dat met het wetsvoorstel een claimcultuur wordt geïntroduceerd in de Nederlandse gezondheidszorg. Dit zou met name kunnen gebeuren doordat de geschillencommissie zowel gaat over de inhoudelijke klachtbehandeling als over het toekennen van een schadevergoeding. Daarbij speelt ook mee dat het maximum schadebedrag verhoogd wordt naar €25.000. De zorgaanbieders in zowel de eerste als de tweede lijn vrezen dat de wet hiermee een verdere juridisering van de zorg tot gevolg zal hebben en dat het aantal claims substantieel zal toenemen. Hiertegenover staat overigens de opvatting van bijvoorbeeld de gezamenlijke cliënten-, patiënten- en consumentenorganisaties en de Stichting Werkgroep Medische Missers dat met de wet juist juridisering van de zorg voorkomen kan worden. Zij baseren zich daarbij onder andere op het rapport van professor Smeehuijzen naar de opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medische missers. Er zijn in de afgelopen tijd verschillende suggesties gedaan om de kans op een claimcultuur te verkleinen. Het gaat dan met name om het niet verhogen van het maximaal te vergoeden bedrag — dat blijft dan bijvoorbeeld op €10.000 — en het loskoppelen van de inhoudelijke en financiële beoordeling van de zaak. Hoe kijkt de minister aan tegen deze voorstellen?

Welke optie ook gekozen wordt, in de praktijk zal pas blijken hoe het feitelijk claimgedrag zal zijn en of dit een goede of slechte zaak is. Daarbij vindt de PvdA-fractie het wel van belang dat er een vinger aan de pols wordt gehouden. Is de minister bereid om de ontwikkeling van het aantal claims jaarlijks te monitoren, ons daarover te informeren en zo nodig aanvullende maatregelen te nemen als er van defensieve geneeskunde sprake zal zijn, met daarbij een toename van de klachten en juridische procedures?

Het wetsvoorstel kwaliteit, klachten en geschillen zorg beoogt de positie van de cliënten in de zorg te versterken en de kwaliteit van en informatie over de geboden zorg te optimaliseren. Deze wet zal vooral van meerwaarde zijn als het voor de cliënten volstrekt duidelijk is wat ze van de zorgaanbieder mogen verwachten en er eenvoudige afhandeling van klachten en geschillen mogelijk is. Wij zien de reactie van de minister op onze vragen met belangstelling tegemoet.

De heer **Kuiper** (ChristenUnie):
Mevrouw Nooren deed halverwege haar tekst een heel interessant voorstel, namelijk om de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg of een ander orgaan een onderzoek te laten doen naar de aansturing van ketens en de functionele aansturing. Daarbij is de gedachte dat artsen en anderen in de zorg vaak in samenhang met elkaar werken. Mevrouw Nooren wil dus iets onderzocht hebben, maar wat zij daarover zei ging heel snel. Ze vroeg de minister wat die daarvan zou vinden en of ze dat zou willen doen, maar waarom vraagt ze dit? Wat zit hierachter?

Mevrouw **Nooren** (PvdA):
Als een cliënt een klacht indient of ontevreden is over zorg, is er niets erger dan dat de klacht bij de ene aanbieder wordt ingediend maar die zegt: dat heb ik niet gedaan; dat deel van het handelen hoort bij een ander. De klacht zou dan ongegrond zijn of niet behandeld worden omdat onduidelijk is hoe de juridische verhouding tussen de betrokkenen is. Voor bijvoorbeeld de Wmo geldt dat des te erger. In het wetsvoorstel dat we nu behandelen, wordt het handelen van de ambtenaar buitengesloten, maar het handelen van degenen in de gehandicapten- en ouderenzorg horen er wel toe. Mijn vraag aan de minister daarover is hoe de verhouding is tussen de hiërarchische en inhoudelijke verantwoordelijkheid.

De heer **Kuiper** (ChristenUnie):
Mevrouw Nooren wil dus niet dat aanbieders van zorg zich achter de rug van een ander verschuilen als er een klacht komt.

Mevrouw **Nooren** (PvdA):
Precies, ja.

De heer **Kuiper** (ChristenUnie):
Maar hoe taxeert zij dat zelf? Is dit vaak de reden waarom klachten ongegrond worden verklaard? Welke feitelijke constatering van haar zit hierachter?

Mevrouw **Nooren** (PvdA):
Het ingewikkelde is dat dit een nieuwe situatie is, zeker sinds de invoering van de Wmo. Neem de wijkteams: die hebben nog geen juridisch construct. Als ze dat zouden hebben, zouden we ons daarop kunnen richten, maar dat is er nog niet. Ik denk dat de kans dat gebeurt wat ik zei, in het afgelopen halfjaar is toegenomen. Nu staat in de wet: de aanbieder verwijst naar de volgende aanbieder. Ik denk dat de minister een uitspraak moet doen over wie de eerste aangewezene is om de integrale verantwoordelijkheid voor de klachtbehandeling op zich te nemen.

De heer **Kuiper** (ChristenUnie):
Mevrouw Nooren geeft nu een voorbeeld uit de Wmo, maar dit gaat niet over de Wmo. Gebeurt dit bijvoorbeeld ook bij ziekenhuizen? Want daar heb je toch veelal nog te maken met een individuele behandelaar?

Mevrouw **Nooren** (PvdA):
Je hebt te maken met een individuele behandelaar, maar het gebeurt steeds vaker dat tijdens de diagnostische fase een medisch specialist inbelt en meekijkt. Stel dat je daar niet tevreden over bent. Moet je dan naar beiden, dus naar de huisarts die het eindoordeel velt en naar de medisch specialist die bijvoorbeeld de röntgenfoto heeft beoordeeld? Want dan moet de cliënt van het kastje naar de muur. Of zeggen we in dit soort situaties dat de eindverantwoordelijke behandelaar integraal verantwoordelijk is, hoewel de BIG-verantwoordelijkheid voor een deel bij een andere aanbieder ligt? Want er is niets erger voor cliënten dan om niet te weten wie zij aan moeten spreken.

De heer **Don** (SP):
Mevrouw Nooren spreekt over netwerkzorg en de vraag hoe je klachtenafhandeling en kwaliteit daarbinnen regelt. Een eenvoudige oplossing is om de Wkkgz over de gehele bandbreedte te laten gelden, want dan hoef je ook geen uitzonderingen te maken. Dat speelt zich natuurlijk niet alleen bij netwerkzorg af. Het speelt zich ook af bij instellingen die zowel zorg vanuit de Zorgverzekeringswet leveren, als vanuit de Wet langdurige zorg, als op lokaal niveau. Volgens mij heb je dan een antwoord nodig. Wil je kwaliteit en klachten goed regelen binnen die instellingen, dan moet je er een wet overheen leggen. Beaamt mevrouw Nooren dat?

Mevrouw **Nooren** (PvdA):
Mijn pleidooi is dat het voor cliënten gemakkelijker zou zijn als de Wkkgz van brede toepassing is. De vraag is of de minister het probleem ook ziet. Of vindt ze dat er verschillende regimes naast elkaar moeten zijn? In dat geval ben ik heel erg benieuwd naar de argumentatie daarbij. Of vindt ze dat deze wet een kaderwet moet worden die over alles wat zorg heet heen ligt? In de beantwoording over de jeugdzorg wordt al overwogen of we dit van toepassing moeten verklaren. Ik ben dus heel benieuwd naar de beantwoording van de minister op dit punt.

De heer **Don** (SP):
Dan hebben wij dezelfde denktrant. Ik wacht ook gespannen het antwoord van de minister af.

☐

De heer **Diederik van Dijk** (SGP):
Voorzitter. Ook ik wil vanaf deze plaats graag de heer Don feliciteren met zijn maidenspeech, en inmiddels ook met zijn maideninterruptie. Na alle bezuinigingen op defensie is het Leger des Heils ongeveer het laatste nog functionerende leger in ons land. Ik vind dat we alleen daarom al zuinig moeten zijn op het Leger des Heils.

De SGP waardeert de intenties bij dit wetsvoorstel. Ik wil dit debat gebruiken om enkele vragen te stellen over thema's die in mijn ogen in de Tweede Kamer niet uitputtend aan de orde zijn geweest, en om nog wat vragen te stellen die rijzen als gevolg van aangenomen amendementen.

De SGP vindt het belangrijk dat zorgverleners van wie het functioneren in het verleden ernstig te wensen overliet niet bij een andere instelling aan de slag kunnen zonder dat de betreffende instelling daarvan op de hoogte is en eventueel maatregelen kan nemen. Hoewel de minister veel van de vergewisplicht verwacht, is de SGP er minder gerust op dat alle disfunctionerende zorgverleners door bijvoorbeeld het natrekken van referenties in beeld komen. Ook het opvragen van de verklaring omtrent het gedrag zorgt slechts voor gedeeltelijke zekerheid. Het gaat daarbij immers alleen om strafrechtelijk vervolgde medewerkers, en niet om medewerkers die vakinhoudelijk onbekwaam zijn. Ik vraag de minister daarom om werk te maken van een meer sluitend systeem waarop zorgaanbieders wel kunnen rekenen. Volgens mij biedt het amendement van de heer Van der Staaij op stuk nr. 58, op grond waarvan disfunctionerende zorgverleners kunnen worden opgespoord via de IGZ, daarvoor meer mogelijkheden dan de minister nu benut. Is de minister bereid om, als uitwerking van het zojuist genoemde amendement, een voor zorgaanbieders digitaal raadpleegbaar register te ontwikkelen, waarmee ontslagen werknemers bovendien de mogelijkheid krijgen zich te rehabiliteren? De boodschap uit de concept-AMvB, die de minister aan potentiële werkgevers wil geven, lijkt op dit ogenblik nog onvoldoende bruikbaar. Is de minister bereid om te regelen dat de IGZ klip-en-klaar meldt of iemand is ontslagen wegens disfunctioneren, wat de bevindingen van de IGZ zijn met betrekking tot de desbetreffende zorgverlener, en welke maatregelen de IGZ noodzakelijk acht om herhaling van disfunctioneren te voorkomen?

Ik kom dan op de vergewisplicht. Op dit moment is nog instemming van de sollicitant nodig met het inwinnen van referenties. Komt daar verandering in nu het wettelijk verplicht wordt om vorige werkgevers te raadplegen? Klopt die veronderstelling?

Met de nieuwe meldplicht na ontslag wegens ernstig disfunctioneren heeft de IGZ een nieuw middel in handen om onbekwame medewerkers uit de zorg te weren. Volgens mij heeft de IGZ echter nergens de wettelijke bevoegdheid

om na het onderzoek toezicht te blijven houden op deze zorgverleners. Klopt deze veronderstelling? En zo ja, is het wenselijk om deze bevoegdheid alsnog te regelen? Zo blijft de meldplicht niet slechts een papieren tijger, maar wordt hij een leeuw met tanden.

De SGP vindt het een goede zaak dat de verplichte verklaring omtrent het gedrag voor alle zorgmedewerkers vervangen is door een regeling die meer op maat gemaakt is. Graag hoor ik nog wel een inhoudelijke argumentatie bij de keus van de minister om de vog nu verplicht te stellen voor zorgverleners die werken in een instelling waar ouderen, mensen met een handicap of mensen met een psychische stoornis wonen. De constatering die ik in de beantwoording las, namelijk dat deze keuze het midden houdt tussen de wens van brancheorganisaties en die van cliëntenorganisaties, vind ik wat mager. Kan de minister in haar antwoord op deze vraag ingaan op de door de Tweede Kamer gevraagde afweging van kosten en baten? Kan de minister aangeven hoeveel medewerkers voorkomen in de justitiële documentatie die wordt geraadpleegd bij het onderzoek ten behoeve van het afgeven van een vog? Pas als dat bekend is, kan een evenwichtige belangenafweging tussen kosten en baten gemaakt worden.

De SGP is er nog niet helemaal gerust op dat het intern melden van incidenten 100% veilig wordt. Ik vraag de minister hoe zij voorkomt dat zorgverleners minder bereid zijn om incidenten te melden omdat het Openbaar Ministerie mogelijk — hoewel slechts in bijzondere omstandigheden — informatie uit de incidentenregistratie gaat gebruiken bij de opsporing van strafbare feiten. Zou het niet verstandiger zijn om deze bevoegdheid van het OM te schrappen, omdat informatie over zware misdrijven altijd ook wel op andere manieren te achterhalen moet zijn?

Ik constateer dat de huidige meldplicht bij grensoverschrijdend seksueel gedrag waarbij sprake is van lichamelijk, geestelijk of relationeel overwicht voor wat betreft het ongewenst seksuele aspect meer omvat dan de nieuw voorgestelde meldplicht bij geweld in de zorgrelatie. Erkent de minister dat seksueel overschrijdend gedrag een ruimer begrip is dan het plegen van een van de zedenmisdrijven uit het Wetboek van Strafrecht? Het gaat dan bijvoorbeeld ook om seksueel getinte opmerkingen door hulpverleners. Ik neem aan dat het niet de bedoeling van de minister is om de meldplicht in te perken. Is dat inderdaad zo? En wil zij dat dan eventueel ook repareren?

Ik kom bij het deel van de wet dat gaat over klachten en geschillen. De SGP steunt de gedachte om klachten en geschillen in eerste instantie zo veel mogelijk tussen de zorgverlener en de patiënt onderling te laten oplossen. De nieuwe, bemiddelende rol van de verplichte klachtenfunctionaris kan daarbij goed uitpakken. Ik vraag de minister of zij nader wil toelichten waarom zij niet bang is dat dit wetsvoorstel leidt tot een vermenging van klachten en claims bij de geschillencommissie. Waarom is er niet voor gekozen om klachten en claims volgtijdelijk te laten behandelen? Kan de minister ingaan op de vrees van artsen dat het medisch handelen te veel bepaald zal worden door de angst voor een mogelijke claim, met defensief handelen tot gevolg?

Het wetsvoorstel introduceert ook een nieuw fenomeen, te weten de collectieve actie die ingesteld kan worden bij een geschillencommissie. Zou het niet in de rede liggen om de bepaling uit het BW te blijven volgen, waarin de belangengroep eerst moet proberen om met de gedaagde tot overeenstemming te komen? Dat staat in artikel 305a, lid 2. Dat sluit toch beter aan bij de tweetrapsraket die ook voor individuele klachten wordt gekozen?

Ik kom aan het einde van mijn betoog. Nadat de wetswijziging van artikel 13 over de vrije artsenkeuze in deze Kamer is gestrand, heeft de minister in de brief Kwaliteit loont aangegeven dat zij nadere eisen gaat stellen aan de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg. Ze wil daarbij gebruikmaken van de bevoegdheid die ze krijgt op basis van artikel 5, lid 2, van de Wkkgz. Is het mogelijk dat de Eerste Kamer nog voor de stemmingen inzicht krijgt in het concept voor de Algemene Maatregel van Bestuur, zodat we die kunnen betrekken bij ons eindoordeel over deze wet? Aangezien het de bedoeling is om die AMvB al per 1 januari 2016 te laten ingaan, lijkt mij dat er al een gerijpt stuk moet liggen.

Ik sluit af, maar niet dan nadat ik mevrouw Bredenoord alvast heel veel succes heb gewenst met haar maidenspeech.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De **voorzitter**:
Ik geef het woord aan mevrouw Bredenoord. Ik zal eerst de stemmingsbel luiden zodat iedereen weet dat er sprake is van een maidenspeech.

☐

Mevrouw **Bredenoord** (D66):
Voorzitter. Het is een eer om over een zo wezenlijk onderwerp als kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg vandaag in deze Kamer mijn maidenspeech te mogen houden. Ik zeg er meteen ook bij: ik worstel ook met deze wet. Enerzijds is het garanderen van een hoge kwaliteit in onze zorg en het bieden van een laagdrempelige, goedlopende klachten- en medische claimregeling een belangrijk onderdeel van de positie en de rechtspositie van de patiënt. Het raakt bovendien aan mijn vakgebied, de medische ethiek.

De opkomst van de moderne medische ethiek hangt nauw samen met de verschrikkingen van de Tweede Wereldoorlog en de maatschappelijke en technologische veranderingen vanaf de jaren zestig. Patiëntenrechten, autonomie en het zelfbeschikkingsrecht werden belangrijke pijlers in onze gezondheidszorg. Wetgeving ter ondersteuning van die·patiëntenrechten kan de gelijkwaardigheid tussen hulpverlener en patiënt bevorderen.

Maar anderzijds heeft mijn fractie serieuze zorgen of de voorgestelde regeling de positie van de patiënt ook daadwerkelijk zal verstevigen en of er niet juist ook ongewenste effecten zullen optreden.

Ik begin bij het deel van het wetsvoorstel dat handelt over kwaliteit. Mijn fractie ondersteunt de maatregelen die voorgesteld worden voor de bewaking en verbetering van de kwaliteit van zorg. Het wettelijk verankeren van een verplichting voor de zorgaanbieder voor het op systematische wijze verzamelen en registreren van gegevens ten aanzien van de kwaliteit van zorg, past binnen wat door het Amerikaanse Institute of Medicine de "learning health care

system" genoemd wordt. Dat is een gezondheidszorgsysteem waarin zorg voor patiënten geïntegreerd is met medisch-wetenschappelijk onderzoek zodat alle aangeboden interventies voortdurend bestudeerd en verbeterd kunnen worden. Leren dus als belangrijke morele pijler. Recente schandalen omtrent bijvoorbeeld de PIP-borstimplantaten en de Metal-on-Metal-heupimplantaten tonen het belang van systematische registratie aan, zodat altijd te achterhalen is welke patiënt welke interventie, welk implantaat of welk hulpmiddel gekregen heeft en om ook de langetermijneffecten te kunnen nagaan. Wat het onderdeel kwaliteit betreft, heeft mijn fractie wel nog een aantal vragen.

De Wkkgz introduceert de zogenaamde vergewisplicht: de zorgaanbieder moet zich ervan vergewissen dat de wijze waarop de zorgverlener in het verleden heeft gefunctioneerd het aannemen van de zorgverlener niet in de weg staat. De vergewisplicht wordt niet verder ingevuld, maar tijdens de plenaire behandeling in de Tweede Kamer heeft de minister aangegeven dat het de bedoeling is dat een zorgaanbieder bij de werkgever van een sollicitant inlichtingen inwint over diens functioneren. Hoe ver moet de zorgaanbieder gaan met het nalopen van iemands antecedenten? Het doel van de vergewisplicht is goed, namelijk voorkomen dat iemand die slecht functioneert elders opnieuw aan de slag kan gaan. Zo nu en dan lezen we helaas de voorbeelden in de krant als het echt flink misgaat. Maar in artikel 11, eerste lid, wordt ook een meldplicht van ontslag van zorgverleners bij disfunctioneren geïntroduceerd: de zorgaanbieder die een zorgverlener ontslaat wegens disfunctioneren moet dit melden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Mijn fractie ondersteunt in principe een dergelijke meldplicht, maar zoals het er nu staat, roept het bij mijn fractie vragen op. Hoe verhouden de vergewisplicht en de meldplicht zich tot elkaar? Maakt de meldplicht de vergewisplicht niet overbodig? Als de IGZ het onderzoek naar aanleiding van een melding van disfunctioneren nog niet heeft afgerond, kan de ontslagen zorgverlener in de tussentijd wel ergens aan de slag of blijft iemand thuis gedurende het onderzoek?

Tevens hebben wij vragen over de reikwijdte van de meldplicht. In de eerste nota van wijziging is de meldplicht voor grensoverschrijdend seksueel gedrag vervangen door de meldplicht voor geweld in de zorgrelatie. Waarom wordt niet ook expliciet grensoverschrijdend seksueel gedrag genoemd?

De Wkkgz schrijft voor dat de zorgaanbieder een schriftelijke overeenkomst sluit met zorgverleners, die waarborgt dat zij zich bij hun werkzaamheden laten leiden door de op de zorgaanbieder rustende wettelijke verplichtingen en de regels die de zorgaanbieder heeft vastgesteld omtrent de zorgverlening. Deze overeenkomst moet gesloten worden met zorgverleners tenzij sprake is van een privaatrechtelijke of publiekrechtelijke dienstbetrekking. In de praktijk zal het dus gaan om bijvoorbeeld uitzendkrachten en zzp'ers. Hoe ziet de minister dit concreet voor zich? Zeker voor uitzendkrachten die dagelijks in wisselende instellingen werkzaam zijn, kan dit extra bureaucratie veroorzaken. Elke minuut onnodige bureaucratie gaat ten koste van handen aan het bed. Is de cao voor uitzendkrachten hier niet voldoende? Daarin is namelijk bepaald dat de uitzendkracht zijn of haar werkzaamheden verricht onder leiding en toezicht van de opdrachtgever.

Ik kom nu bij het gedeelte van de wet waarin een nieuwe regeling wordt voorgesteld voor het behandelen van klachten en geschillen in de zorg. Een goedlopende, laagdrempelige regeling voor klachten en medische schadeclaims vindt de D66-fractie een belangrijk onderdeel van de rechtspositie van de patiënt. De Wkkgz verplicht de zorgaanbieder om, in overeenstemming met een representatief te achten organisatie van cliënten, een schriftelijke klachtenregeling op te stellen. Daarbij verplicht de wet zorgaanbieders om over een klachtenfunctionaris te beschikken, hetgeen mijn fractie een goede zaak vindt. Immers, in de praktijk hebben klachtenfunctionarissen hun nut en hun functie als laagdrempelige klachtenafhandeling bewezen. Daarnaast verplicht de wet zorgaanbieders om zich aan te sluiten bij een externe, door representatieve organisaties van cliënten en zorgaanbieders in te stellen en door de minister te erkennen geschillencommissie.

In een van de NIVEL-rapporten over de klachtenregelingen staat heel mooi: "Een klacht is een relatiesignaal". Een klacht begint met een patiënt bij wie bijvoorbeeld een fout is gemaakt of bij wie zich een complicatie heeft voorgedaan, die gekrenkt is, of die zich onheus bejegend of niet gezien voelt. Het wordt pas een klacht in formele zin als het gevoel van ongenoegen geformaliseerd wordt en in een procedure terechtkomt. Uit verschillende studies blijkt dat patiënten behoefte hebben aan een laagdrempelige en informele vorm van klachtenafhandeling, in de nabijheid van de plek waar de klacht ontstond. Het heeft natuurlijk juist ook in de zorg de voorkeur om klachten informeel af te kunnen handelen, met het spreekwoordelijke "goede gesprek" tussen hulpverlener en patiënt, eventueel via mediation. Uiteraard dient er een duidelijke, toegankelijke, formele route te zijn, maar ik mis in dit wetsvoorstel voorstellen ter verbetering van die informele klachtenafwikkeling, voordat er eigenlijk sprake is van een klacht in formele zin. Is de minister van plan om te investeren in het informele traject aan de voorkant, om zo te voorkomen dat een uiting van ongenoegen überhaupt een klacht wordt?

In het verlengde hiervan mis ik aandacht voor hoe we de hulpverleners kunnen helpen beter om te gaan met een klacht of claim. De hulpverlener wordt weleens het "second victim" genoemd. Hij of zij schrikt er natuurlijk van dat er iets misgegaan is, of van bepaalde emoties of ontevredenheid bij de patiënt en zal daardoor wellicht ook minder professioneel naar de patiënt kunnen optreden. Hoe wil de minister investeren in de opvang van hulpverleners? Ik denk bijvoorbeeld aan het nog verder versterken van professionele vaardigheden en attitudes om hier goed mee om te gaan en het informele traject aan de voorkant te verbeteren.

De D66-fractie vindt het van het grootste belang dat de formele route vooraf wordt gegaan door een adequate informele route. Lukt het toch niet om er samen uit te komen, dan dient er uiteraard een goede klachtenprocedure te zijn. Op dit moment hebben verschillende zorgaanbieders interne klachtencommissies. Zo zijn de huisartsen aangesloten bij regionale klachtencommissies. Werken deze klachtencommissies naar tevredenheid? Volgens mij is het antwoord "ja en nee". Ja, want in procedurele zin lijken de klachtencommissies goed te functioneren. Nee, want evaluaties van de klachtencommissies geven aan dat veel patiënten die een klacht hebben ingediend achteraf niet tevreden zijn met de klachtafwikkeling. Er is de afgelopen jaren veel geïnvesteerd in klachtencommissies, maar ook recentere evaluaties laten zien dat er nog veel ruimte voor

verbetering is. De jure schaft het wetsvoorstel de klachtencommissies niet af, maar in de praktijk zou dit voorstel wel eens het einde van de commissies kunnen betekenen, ook van de commissies die nu redelijk lopen. Dit heeft onder andere te maken met de verplichte aansluiting bij een geschillencommissie. Als instellingen er namelijk voor zouden willen kiezen om hun klachtencommissie te handhaven, komen zij met dubbele kosten te zitten voor een klachtenfunctionaris, een klachtencommissie en de verplichte aansluiting bij de geschillencommissie. Zeker voor kleinschalige zorgaanbieders kan dit betekenen dat zij misschien redelijk lopende klachtencommissies moeten afschaffen. Deelt de minister deze zorg en is zij bereid kleinschalige zorgaanbieders hierin tegemoet te komen?

Ook de voorgestelde termijn van zes weken kan negatief uitpakken. Als een klacht binnenkomt, dient deze onderzocht te worden. Er dient sprake te zijn van hoor- en wederhoor, maar wellicht dat men als commissie nog eens bij elkaar wil komen. In de praktijk is het niet ongebruikelijk dat een klachtencommissie wat langer nodig heeft om tot een zorgvuldig oordeel te komen. Deelt de minister onze mening dat de termijn van zes weken krap is? Waarom heeft de minister ervoor gekozen om niet aan te sluiten bij de termijn van drie maanden, zoals die wordt gehanteerd door de Gedragscode openheid medische incidenten, de GOMA-code? Alle partijen zijn immers sinds 2010 bezig geweest hun praktijken aan de GOMA-code aan te passen. Is de minister van mening dat de huidige vorm van het wetsvoorstel in de praktijk zal betekenen dat de klachtencommissies afgeschaft of vervangen zullen worden? Hoe verhoudt zich dat tot het voornemen om tot "een effectieve en laagdrempelige opvang en afhandeling van klachten" te komen? Wat betekent dit voor het kwaliteitsaspect van het klachtrecht?

Een heikel punt in het wetsvoorstel is het gebrekkige onderscheid tussen klachten en claims. Het kan natuurlijk dat een patiënt door bijvoorbeeld het inadequaat afhandelen van een complicatie of een medische fout zowel een klacht als een claim wil indienen, maar over het algemeen is een klacht iets heel anders dan een medische schadeclaim. Dat vraagt om een andere aanpak en afwikkeling. Patiënten die een klacht indienen, zijn niet zozeer uit op een financiële schadevergoeding, maar op erkenning van hun bezwaren en het voorkomen dat een andere patiënt hetzelfde overkomt. Daarmee kan het klachtrecht gezien worden als een belangrijk kwaliteitsinstrument. Een van onze grote zorgen, en met mij van zorgaanbieders en gezondheidsjuristen, is dat een klacht in de toekomst sneller verwordt tot een claim. Bijvoorbeeld: in de voorgestelde regeling dient de zorgaanbieder binnen zes weken een schriftelijke reactie te geven, waarin met redenen omkleed is aangegeven tot welk oordeel het onderzoek van de klacht heeft geleid, welke beslissingen de zorgaanbieder over en naar aanleiding van de klacht heeft genomen en binnen welke termijn maatregelen waartoe is besloten, zullen zijn gerealiseerd. Ten eerste kan dit betekenen dat, wanneer de informele klachtenafhandeling door de klachtenfunctionaris niet tot voldoende resultaat leidt, de zorgaanbieder zelf de klacht moet afhandelen. Zeker bij solistisch werkende zorgaanbieders kan dit het geval zijn. Dat is enerzijds natuurlijk letterlijk zo dicht bij het ontstaan van de klacht als mogelijk is, maar dat kun je geen onafhankelijk advies noemen. Hoe ziet de minister dit? Ten tweede, als de patiënt zich vervolgens niet kan vinden in het oordeel van de zorgaanbieder, kan hij of zij met zijn of haar klacht naar de geschillencommissie. Met de klacht kan de patiënt ook meteen een financiële claim neerleggen. Dat was misschien wel helemaal niet waar de patiënt op uit was. We weten immers dat de motieven van patiënten voor het indienen van een klacht niet gericht zijn op geldelijk gewin, maar op genoegdoening en op het voorkomen dat anderen hetzelfde overkomt. Maar als de commissie daar ook over gaat, waarom dan niet even kijken of er ook financiële implicaties zijn, gewoon omdat het kan? Niks menselijks is ons vreemd.

Mijn fractie erkent dat de mogelijkheden voor patiënten om een claim beoordeeld of erkend te krijgen verre van optimaal zijn. We staan niet op voorhand afwijzend ten opzichte van een meer laagdrempelige route dan nu het geval is, bijvoorbeeld via een geschilleninstantie. Maar doordat de geschillencommissies zowel klachten als claims kunnen afwikkelen, maken wij ons zorgen over onbedoelde negatieve effecten, zoals een toename van juridisering in de zorg en het ontstaan van een claimcultuur. Deelt de minister de zorg ten aanzien van de toename van een claimcultuur?

Een ander onbedoeld negatief effect kan een toename van defensief medisch handelen zijn. Defensief medisch handelen, komt de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg niet ten goede en maakt ook de positie van de patiënt niet beter. De ervaring leert dat een terughoudende of defensieve houding van artsen ten aanzien van klachten juist tot escalatie en formalisering leidt. Defensief medisch handelen, leidt tevens tot overdiagnostiek — een extra CT, een extra bloedonderzoek — en in extremis verwordt de zorg tot een onbetaalbare geruststellingsindustrie, met als uitwas Amerikaanse toestanden waar liability als de olifant in de spreekkamer aanwezig is. Erkent de minister dat klachten en claims een andere doelstelling hebben en dat het daarmee op zijn minst onlogisch en wellicht ook onwenselijk is dat ze samengevoegd worden? Kan de minister onze zorg wegnemen ten aanzien van het ontstaan van een claimcultuur en een toename van defensief medisch handelen?

Het wetsvoorstel had ook zo ingericht kunnen worden dat er voor klachten en claims twee aparte paden blijven. Voor klachten kan de patiënt dan terecht bij de klachtenfunctionaris, waardoor ook de huidige klachtencommissies kunnen worden behouden voor de afhandeling van klachten. De geschillencommissies richten zich dan uitsluitend op medische schadeclaims. Waarom heeft de minister niet gekozen voor deze variant? Immers, mede op grond van wat we weten van de wensen en behoeften van patiënten, is er geen reden om aan te nemen dat een op afstand van de zorgaanbieder staande externe geschillencommissie voor de patiënt aantrekkelijker is dan de huidige nabije klachtencommissie.

Onze fractie heeft ook wat vragen over hoe de werking van de geschillencommissie zich verhoudt tot artikel zes van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens. Daarin is bepaald dat bij de vaststelling van burgerlijke rechten en plichten de oordelende instantie onafhankelijk en onpartijdig dient te zijn en bij wet moet zijn ingesteld. De geschillencommissie, zoals voorgesteld in de Wkkgz, wordt ingesteld door representatieve organisaties van cliënten en zorgaanbieders en erkend door de minister. Meent de minister dat bij toetsing in Straatsburg de bepaling van "onafhankelijk en onpartijdig" stand zal houden?

Artikel 6 EVRM vereist verder dat de behandeling van een zaak en de uitspraak openbaar zijn. Het wetsvoorstel schrijft slechts voor dat de uitspraak openbaar is, waarbij de klager anoniem blijft. Ook andere eisen uit artikel 6, zoals hoor en

wederhoor, adequate motivering en toegang tot processtukken, zijn in het wetsvoorstel niet terug te vinden. Kan de minister duidelijkheid verschaffen over de verenigbaarheid van dit wetsvoorstel met artikel 6 EVRM?

Vervolgens een opmerking over vorm en samenstelling van de geschillencommissies. Het succes van de geschillencommissies zal worden bepaald door de deskundigheid en de toegankelijkheid van de commissies en door de snelheid en zorgvuldigheid waarmee zij hun werk zullen doen. In het wetsvoorstel is bepaald dat de geschillencommissie haar werkzaamheden uitoefent op basis van een schriftelijke regeling en dat ze bevoegd is een bindende uitspraak te doen, alsmede een vergoeding van maximaal €25.000 toe te kennen. Kan de minister toelichten wat er in die schriftelijke regeling dient te staan? Wordt er een mondelinge behandeling aan gewijd, of vindt er een schriftelijke behandeling plaats? Komen er regionale zittingen, of alleen landelijke? Dergelijke factoren maken natuurlijk uit voor de vermeende toegankelijkheid en laagdrempeligheid van de afhandeling van geschillen. Kortom, wat is de procedure? Eigenlijk hebben we op dit moment geen zicht op dat proces.

Verwacht de minister dat patiënten die een geschil voorleggen aan de geschillencommissie hierbij juridische ondersteuning nodig hebben? Zo ja, worden de kosten die de patiënt gemaakt heeft voor bijvoorbeeld juridische ondersteuning ook vergoed en, zo ja, door wie?

Ik kom tot een afronding. Mijn fractie onderschrijft het uitgangspunt van deze wet. Hoe kun je tegen het waarborgen van een hoge kwaliteit, het voortdurend verbeteren van de zorg en het versterken van de positie van de patiënt zijn? Mijn fractie vraagt zich echter af of de voorgestelde regeling de positie van de patiënt daadwerkelijk zal verstevigen, of er voldoende geïnvesteerd wordt in het informele traject aan de voorkant, of er niet juist ook ongewenste effecten zullen optreden en of de belasting voor zorgaanbieders in alle gevallen evenredig is. De leden van mijn fractie zien uit naar de antwoorden van de minister.

De **voorzitter**:
Mevrouw Bredenoord, u blijft nog even staan. Mijn hartelijke gelukwensen met uw maidenspeech. Mag ik ook op uw maatschappelijke achtergrond kort ingaan? De Eerste Kamer heeft een reputatie in het herbergen van wetenschappers. Dat past bij het beschouwende en op inhoudelijke argumentatie gerichte karakter van dit huis. Gelukkig zijn die wetenschappers zelden studeerkamergeleerden, maar doorgaans mensen met een brede maatschappelijk blik en een praktische inslag. U kunt met recht geplaatst worden in deze traditie. U bent weliswaar een wetenschapper pur sang, maar uw interesse strekt zich gezien uw cv uit tot tal van maatschappelijke terreinen. U bent al bijna vijftien jaar politiek actief, maar dit is uw eerste podium als volksvertegenwoordiger.

U studeerde van 1997 tot 2003 theologie aan de Universiteit Leiden en aan dezelfde universiteit politicologie van 2002 tot 2007. U werkte van 2003 tot 2005 als docent medische ethiek aan het Leids Universitair Medisch Centrum en van 2005 tot 2009 als onderzoeker bij de faculteit Health, Medicine and Life Sciences aan de Universiteit Maastricht. Vanaf 2008 bent u universitair docent/hoofddocent (bio)medische ethiek aan het Universitair Medisch Centrum Utrecht. In 2010 promoveerde u in de medische ethiek aan de Universiteit Maastricht op het proefschrift: "Ethics at the interface of reproductive medicine and genetic technology: the case of mitochondrial disorders". Dat laatste zijn, als ik het goed begrijp, aandoeningen in de stofwisseling die langs de vrouwelijke lijn overerven. U richt zich als wetenschapper op ethische vragen omtrent nieuwe, vaak controversiële biomedische technologie, zoals stamcelonderzoek en genetica. Naast uw werk aan de universiteit bent u actief bij tal van gremia op dat terrein. Van 2011 tot 2013 was u lid van de Jonge Gezondheidsraad en momenteel bent u lid van De Jonge Akademie van de KNAW.

Uw interesse in maatschappelijke en politieke vraagstukken is volgens uw eigen website in uw tienertijd ontstaan, thuis aan de keukentafel, met geregelde discussies over het Paarse kabinet, dat ook tal van ethische kwesties aanvatte. Uit die tijd dateert uw bewondering voor uw partijgenote en toenmalig minister van VWS, Els Borst, die in het bijzonder betrokken was bij medisch-ethische beleidskwesties. Op uw site geeft u aan dat wetenschap en technologie steeds meer vervlochten raken met politiek, ethiek en samenleving en dat dit ook in de besluitvorming vraagt om mensen die zich op verschillende terreinen thuis voelen.

Dit uitgebreide wetenschappelijke palet aan activiteiten heeft u niet weerhouden van politieke activiteiten. Sinds uw studie is D66 een rode draad in uw leven. U liep al stage bij het wetenschappelijk bureau van D66 en was in 2002 en 2003 fractieassistent van D66 in de gemeenteraad van Leiden. Daarna was u lid van de programmacommissie van D66 voor de Tweede Kamerverkiezing van 2010. U werd in 2011 voorzitter van de afdeling Utrecht van uw partij en in weerwil van uw jeugdige leeftijd — het is echt een oude dame die nu spreekt! — bent u vanaf 2013 lid van de Landelijke Talentencommissie D66.

Ook de media is het niet ontgaan dat een aantal jeugdige, veelbelovende vrouwelijke senatoren in de nieuwe Eerste Kamer hebben plaatsgenomen. Een groot landelijk dagblad, te weten de Volkskrant, besteedde hier al in maart van dit jaar, nog voor de Statenverkiezingen en de Eerste Kamerverkiezing, aandacht aan. We zagen daarin interviews met u en Mirjam Bikker, thans collega-senator. Ook Christine Teunissen, thans ook lid van dit huis, kwam in de media met interviews aan bod. De boodschap van Els Borst, "De politiek is te belangrijk om alleen aan mannen over te laten", is kennelijk aangekomen.

Ik wens u alle succes met uw verdere bijdrage aan het werk van de Kamer. Ik schors de vergadering om de collegae de gelegenheid te geven om u geluk te wensen met uw maidenspeech. Ik zal dat zelf weer als eerste doen.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

☐

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):
Voorzitter. Ik feliciteer allereerst de collega's Don en Bredenoord met hun maidenspeech. Hun deskundige en betrokken inbreng belooft veel en het is goed om er een theoloog bij te hebben.

Het wetsvoorstel dat wij vandaag behandelen, heeft niet alleen een lange, maar vooral ook een verwarrende voorge-

schiedenis. Het had nogal wat voeten in aarde om hier een helder en compact wetsvoorstel voor te leggen. Het oorspronkelijke voorstel uit 2010 moest worden opgeknipt en uiteindelijk kwam het op 9 juli 2013 in deze Kamer in behandeling. Daar ging het ook niet erg snel, want zowel de Kamer als de regering had bij herhaling meer tijd nodig om vragen te stellen dan wel te beantwoorden. Die vertraging heeft onder meer tot gevolg dat er in de wet herhaaldelijk verwezen wordt naar bijvoorbeeld de AWBZ, terwijl die al lang vervangen is door de Wmo. Ik heb nog even gezocht en gebladerd, maar ik kon eerlijk gezegd nergens terugvinden dat het Wkkgz-wetsvoorstel op dit punt nog wordt aangepast. Ik neem echter aan dat de minister dit goed geregeld heeft. Nog een dergelijk detail: in artikel 3 wordt verwezen naar artikel 1, eerste lid, onderdeel f 1. Dat onderdeel kon ik in artikel 1 niet terugvinden.

Terug naar de kern. Mijn fractie heeft geen principiële bezwaren tegen het wetsvoorstel. We delen de intentie om de kwaliteit van de zorg breed en eenduidig te regelen en een laagdrempelige regeling verplicht te stellen voor het geval er klachten en geschillen ontstaan. Wel zijn er na bestudering van het gehele dossier een aantal vragen overgebleven, hoezeer wij ook de minister danken voor het beantwoorden van alle vragen die er al lagen.

Onze eerste vraag betreft de reikwijdte van de wet. Het begrip "andere zorg" moet blijkens de definitie verstaan worden als "handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg als bedoeld in artikel 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, niet zijnde AWBZ-zorg of Zvw-zorg, alsmede handelingen met een ander doel dan het bevorderen of bewaken van de gezondheid van de cliënt." Nu betekent dat laatste volgens de Wet BIG naast geneeskundige handelingen "alle andere verrichtingen — het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen — rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende diens gezondheid te bevorderen of te bewaken." Het laatste deel van die frase vervalt voor de begripsdefinitie van de Wkkgz, zodat "andere zorg" nu betekent: "alle andere verrichtingen — het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen — rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon." Als wij het goed hebben begrepen, is daarmee de reikwijdte wel heel breed geworden, veel breder dan het vaak gebruikte voorbeeld van cosmetische zorg, waarvan wij overigens wel meevoelen dat die onder de reikwijdte van de wet wordt gebracht.

In theorie kan men stellen dat een notaris die een testament opstelt, onder deze wet valt, omdat hij zorg verleent die rechtstreeks betrekking heeft op een persoon met een ander doel dan het bewaken of bevorderen van de gezondheid. Nu snapt iedereen dat dit niet de bedoeling is, maar hoe zit het met de aanbieders van afslankcursussen, die immers — soms gepersonaliseerd — raad geven? Of de personal fitness trainer? Op een iets ander terrein: hoe zit het met de predikant, de humanistisch raadsvrouw of de geestelijk verzorger? Vallen zij ook onder de wet en dienen zij een geschillenregeling te hebben? Zijn zij opeens een alternatieve zorgaanbieder geworden? Anders gezegd — en dat is natuurlijk het principiële punt — het lijkt wel duidelijk wat wij bedoelen, maar door andere doelen een plaats te geven naast het bevorderen of bewaken van de gezondheid, is de term "andere zorg" feitelijk niet meer gedefinieerd. Kan de minister uitleggen waar de afbakening van zorg juridisch sluitend is vastgelegd?

De tweede vraag betreft de intentie van laagdrempeligheid en het risico van juridisering. Ik sluit aan bij wat collega's daarover hebben gezegd. Daarover zijn vele vragen gesteld en de regering lijkt onvermoeibaar in het antwoorden dat het nu juist gaat om een cultuuromslag, waarbij klachten in een goed gesprek worden besproken of eventueel bij een geschillencommissie, zodat het niet tot verdere juridische stappen of financiële claims hoeft te komen.

Daartegenover is herhaaldelijk voorgesteld om het vermengen van klachten en claims juist te voorkomen en ze niet bij dezelfde instantie neer te leggen, maar de regering gelooft echt dat het die kant van juridisering juist niet op zal gaan. Nu delen wij die denkrichting wel, maar we zien ook een patroon dat bij veel meer wetsvoorstellen optreedt, namelijk het miskennen van de reacties van alle betrokkenen op een nieuwe juridische situatie, waardoor het oorspronkelijke doel van de wet juist niet gehaald wordt. Beleidsmakers hebben nu eenmaal soms een wat schematische blik op de werkelijkheid. Anders kun je geen beleid maken. Ze zien een probleem dat moet worden opgelost. Ze bedenken een maatregel. En die maatregel zou werken als iedereen erop reageert zoals de bedoeling is. Maar dat gebeurt natuurlijk niet. Alle betrokkenen gaan, heel begrijpelijk, kijken hoe zij hun eigen doelen in die nieuwe situatie het beste kunnen dienen. Daar passen zij hun gedrag op aan. Het gevolg is dat de maatregel meestal minder effect heeft dan bedoeld en soms een tegengesteld effect.

Achteraf spreken we dan van perverse prikkels, maar volgens mijn fractie gaat het meer om een bepaalde vorm van bedrijfsblindheid, die geen rekening houdt met het denkend en calculerend vermogen van mensen. Heel concreet: als er meer mogelijkheden komen om een financiële claim in te dienen als ik een klacht heb, dan zal ik mijzelf serieus de vraag stellen of het niet verstandig is om die claim ook maar in te dienen. Ik sluit aan bij collega Bredenoord. En als die claim tot een hoger bedrag mag oplopen, dan zal ik vroeg of laat juridisch adviseurs tegenkomen, die adviseren om die weg ook maarte gaan. Dan is het wel heel mooi dat er in 2015 een minister was die zei dat dit nu juist niet de bedoeling was, maar die minister was dan — achteraf gezien, in de woorden van onze Koningin — een beetje dom.

Voor alle duidelijkheid: wij hebben er geen enkel bezwaar tegen dat mensen een claim kunnen indienen wanneer zij schade hebben geleden door gedragingen van een zorgaanbieder. En wij vermoeden met de minister dat een correcte en persoonlijke afhandeling van klachten juist niet leidt tot een claimcultuur. Maar we willen niet naïef zijn en we horen dan ook graag van de minister meer dan een bezweringsformule dat het zo'n vaart niet zal lopen. Welke concrete maatregelen zitten er in het systeem die een juridisering en economisering van klachten actief tegengaan?

De derde vraag betreft de relatie tussen de klachtenprocedure en het Veilig Incidenten Melden. De vragen die hierover gesteld zijn, doen vermoeden dat het gaat om een vierkante cirkel. Enerzijds is het voor de kwaliteitsbewaking essentieel dat zorgverleners melding maken van incidenten. Dat kunnen ze doen wanneer dat niet onmiddellijk repercussies heeft voor hun functioneren. Daarom zijn er allerlei beschermende maatregelen, waaronder artikel 9 lid 6, dat stelt dat gegevens in het register niet in een juridische procedure als bewijs mogen worden gebruikt. Maar de tweede volzin van dat artikel ondergraaft dit onmiddellijk

weer door te stellen dat ze wel als strafrechtelijk bewijs mogen worden gebruikt als ze redelijkerwijs niet op een andere manier kunnen worden verkregen.

Daarmee wordt het incidenten melden toch weer een potentieel riskante aangelegenheid voor de melder. Hoe problematisch die vierkante cirkel is, blijkt in de memorie van antwoord waarin wordt ingegaan op de vergelijking met de Wet luchtvaart waar het gaat om het gebruik van de meldingsgegevens als bewijs in een strafzaak tegen de melder. De regering komt dan met een onnavolgbare redenering: "Omdat in de Wet luchtvaart de meldplicht is opgelegd aan natuurlijke of rechtspersonen geldt hier het nemo tenetur beginsel, waardoor de meldingsinformatie in een strafzaak alleen als sturingsinformatie kan worden gebruikt." Nu komt het: "De Wkkgz legt aan de zorgaanbieder de verplichting op om een VIM te hebben als dit noodzakelijk is voor de kwaliteit van zorg. De informatie uit het VIM kan daardoor wel als bewijs worden gebruikt tegen een melder, omdat de verplichting niet gericht is tot individuele zorgverleners en daardoor het nemo tenetur beginsel niet van toepassing is." Betekent dit, zo vraag ik de minister, dat de zorginstelling een register moet bijhouden, maar dat de individuele zorgverlener binnen die instelling niet verplicht is een incident te melden als dat voor hem of haar een vervolgingsrisico inhoudt? En als dat zo is, verliest het VIM dan niet onmiddellijk zijn waarde? Bovendien roept dit de vraag op hoe het zit bij een solistisch werkende zorgverlener. Is de minister het met mijn fractie eens dat deze als zorgaanbieder incidenten moet registreren en tegelijkertijd een individuele zorgverlener is, zodat het nemo teneturbeginsel wel degelijk van toepassing is? De memorie van antwoord vervolgt dan weer met een bezweringstekst: "De regering is van mening dat dit geen reden is voorzorgverleners om uit zelfbescherming het VIM niet te gebruiken. Het OM gaat alleen in zeer uitzonderlijke situaties over tot vordering van informatie uit het VIM, en dan nog alleen als er sprake is van het vermoeden van een ernstig strafbaar feit." Dat lijkt geen erg scherpe juridische formulering en ze maakt deze bepalingen nogal tandeloos: de kans is verwaarloosbaar dat een individuele zorgverlener een ernstig strafbaar feit zal melden en dat de bewijsvoering daarvan alleen uit het register kan worden afgeleid. Graag een toelichting van de minister waarom zij denkt dat dit werkt en specifieker onder welke voorwaarden het Openbaar Ministerie gegevens mag opvragen.

De verbetering van de kwaliteitszorg en de versterking van de positie van zorgontvangers — een mooier woord, denk ik, dan cliënten of patiënten — zijn ons wat waard. Maar het voorliggende wetsvoorstel roept ook na deze lange en rommelige voorgeschiedenis vragen op. Het antwoord daarop zal medebepalend zijn voor onze beoordeling.

□

De heer **Van Hattem** (PVV):
Voorzitter. Ook ik feliciteer de heer Don en mevrouw Bredenoord met hun maidenspeech.

Dit wetsvoorstel spreekt wat zuinigjes over goede zorg en stelt daar een definitie voor. Dat zijn uiteraard basisvereisten. Wat de PVV betreft moet de lat hoger worden gelegd dan de basis. Excellente zorg; dat zou voor onze patiënten immers altijd het doel moeten zijn. Desalniettemin kunnen wij met deze wet wel een stap in die richting zetten. Dat de behandeling van dit wetsvoorstel over het zomerreces is heen getild, betekent niet dat de invoering van deze wetgeving niet urgent is. Integendeel. Het is hoog tijd om patiënten meer zekerheid en meer duidelijkheid te bieden bij klachten en medische fouten.

De doelen van deze wet moeten goed verankerd worden. In de nadere memorie van antwoord van 27 maart 2015 somt de minister op waarvoor deze wet van belang is: het de-escaleren en dejuridiseren bij klachten van cliënten; het aanpakken van excessen in de cosmetische sector; het zo veel mogelijk voorkomen dat zorgverleners die wegens ernstig disfunctioneren zijn ontslagen, zomaar elders weer aan de slag gaan; de aanscherping van de kwaliteitseisen die nodig zijn om kwalitatief slechte of ondoelmatige zorg te weren en aan te pakken; de positie van zzp'ers in de zorg.

Bij al deze doelen zijn de afgelopen jaren genoeg voorbeelden voorbijgekomen, vaak schrijnende voorbeelden, van hoe het mis kan lopen, hoe patiënten onnodig in de knel zitten na medische fouten of klachten die onbevredigend werden opgelost. Ook voor de zorgverleners is het belangrijk om duidelijkheid te scheppen, zodat ze in een open houding richting cliënten laagdrempelig kunnen overleggen over een adequate oplossing of over stappen richting een financiële vergoeding in een helder traject. De gecompliceerde en kostbare stap naar de civiele rechter is met dit voorstel dan ook geen noodzaak meer. De PVV kan de uitgangspunten van dit wetsvoorstel ook zeker onderschrijven.

In de schriftelijke behandeling van dit voorstel in deze Kamer heeft onze fractie de minister gevraagd naar de stand van zaken van de aanpassingen van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) ten aanzien van het recht op inzage in, dan wel afschrift van het medisch dossier voor nabestaanden. De minister heeft toen aangegeven dat de regering voornemens is om de WGBO op een aantal punten aan te passen en dat het wetsvoorstel dat daartoe strekt in de tweede helft van 2015 aan de Tweede Kamer zal worden aangeboden. Inmiddels zitten we in de tweede helft van dit jaar en mijn vraag aan de minister is dan ook wat de huidige stand van zaken is. Graag een reactie hierop.

Verder zou ik vandaag willen stilstaan bij enkele punten van uitvoerbaarheid van de Wkkgz. In het wetsvoorstel is geen aandacht geschonken aan mogelijkheden om het misbruik van het klachtrecht te kunnen inperken. Er kunnen zich situaties voordoen waarbij veelvuldig ongefundeerde of disproportionele klachten tegen zorgverleners worden ingediend. Dit kan tot gevolg hebben dat zorgverleners steeds, mogelijk onnodig, gehoord moeten worden en zich moeten verantwoorden, en dat zij hierdoor belemmerd worden in hun zorgverlenende werkzaamheden. Uiteindelijk zijn ook de patiënten hierbij niet gebaat. Welke mogelijkheden ziet de minister om hier bij de uitvoering van deze wet adequaat mee om te kunnen gaan? Graag een reactie van de minister.

Artikel 5 van het wetsvoorstel spreekt over het kwaliteitsniveau van de zorg. In de nadere toelichting uit 2013 stelt de minister dat er in dit wetsvoorstel van wordt uitgegaan dat er "in het veld voldoende duidelijkheid en consensus bestaat over de vraag hoe binnen de verschillende zorgsectoren het werk in grote lijnen georganiseerd moet worden en welke inzet van mensen en middelen nodig is om goede zorg te kunnen verlenen". Deze stelling roept de vraag op of met de huidige bezuinigingen in de zorgsector er nog

wel sprake is van voldoende duidelijkheid en consensus over de inzet van mensen en middelen om goede zorg te kunnen verlenen. Zijn die mensen en middelen immers inmiddels niet wegbezuinigd? Graag een reactie van de minister.

Dan kom ik te spreken over artikel 6 sub a van het wetsvoorstel. Dit artikel bepaalt dat de zorgaanbieder er zorg voor moet dragen dat "geestelijke verzorging beschikbaar is die zo veel mogelijk aansluit bij de godsdienst of levensovertuiging van de cliënt". Deze bepaling roept de vraag op hoe in de praktijk moet worden omgegaan met "zo veel mogelijk". Kan een patiënt bijvoorbeeld van een zorgaanbieder eisen dat een streng salafistische imam beschikbaar moet zijn? Moet van een zorgaanbieder worden verwacht dat deze hieraan meewerkt? Kan de minister daarover duidelijkheid verschaffen?

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):
Collega Van Hattem moet het mij maar niet kwalijk nemen dat wanneer hij een vraag stelt die zo op mijn eigen vakgebied ligt, ik daarop reageer. De focus die hij aanbrengt in deze vraag, vind ik wat ongemakkelijk. Natuurlijk is het zo dat mensen het recht hebben op geestelijke verzorging die zo veel mogelijk aansluit bij. Dat staat ook gewoon zo in de huidige kwaliteitswet. Het is allemaal keurig geregeld. De instellingen kunnen het zelf aanbieden et cetera. Ik maak in die zin bezwaar tegen de specificatie die de heer Van Hattem eraan geeft, dat hij daarmee het gehele veld in een negatief daglicht stelt. Dat is volstrekt onnodig om hier een principiële vraag aan de minister te kunnen stellen.

De heer **Van Hattem** (PVV):
Dat is uw punt, maar als het voorkomt dat dergelijke eisen worden gesteld, is het maar de vraag of dat geen grond kan zijn in deze procedure om een klacht in te dienen en een klachtenprocedure te starten. In die zin vind ik mijn vraag dus zeer wezenlijk.

Voorzitter. Ook artikel 6 sub b roept vragen op. Kan de bepaling dat de zorgaanbieder er zorg voor draagt dat "onderzoek wordt gedaan naar de leefwensen van de betrokken cliënten" ook betekenen dat onderzoek moet worden gedaan naar islamitische leefwensen, zoals gescheiden ruimtes voor mannen en vrouwen of het aanbieden van halalmaaltijden? Kan de minister aangeven of het islamiseren van onze zorginstellingen kan worden uitgesloten van deze bepaling? Graag een reactie.

In artikel 8 van het wetsvoorstel is sprake van een meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling. In de nota van toelichting is hierbij opgemerkt dat de minister voornemens is om in een AMvB ...

De heer **Don** (SP):
Mijnheer Van Hattem, u hebt het over de islamisering van de zorg. Zoals u net hebt gehoord, werk ik bij het Leger des Heils. Daar haal ik ook mijn fundament vandaan, vanuit het christelijk geloof als pastor. Is het niet gewoon zo dat je rekening probeert te houden met wensen van de cliënten die je hebt? Het islamiseren van de zorg, tja ... Er werken ook allerlei mensen van allerlei culturen in de zorg. Ik vind het ... Goed, u kent mijn gevoel bij dezen. We hebben al eerder de degens gekruist over dit thema. Wat mij betreft kun je gewoon zeggen dat cliënten wensen hebben waar je op gepaste manier aandacht aan wilt geven.

De heer **Van Hattem** (PVV):
Zeker. Cliënten hebben wensen, maar niet aan iedere wens hoeft gehoor te worden gegeven. Er zijn ook grenzen aan wat normaal en haalbaar is in deze samenleving. Onze kernwaarden staan daarbij voorop. Wij zitten in Nederland niet te wachten op gescheiden ruimtes voor mannen en vrouwen op basis van shariagedachtes, daar moeten we nooit aan willen meewerken. Wat mij betreft is dat een duidelijke grens die we moeten kunnen trekken bij dergelijke leefwensen.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):
Waar komt toch die behoefte vandaan om grote groepen Nederlanders met op zichzelf onschadelijke wensen het recht te ontzeggen om wanneer zij in een zorgsituatie zitten, hun leven volgens die wensen vorm te geven? Wat is het voor een uiteindelijk ondemocratische benadering om een grote groep Nederlanders zomaar weg te zetten?

De heer **Van Hattem** (PVV):
Nou ja, ik heb geen duidelijke vraag gehoord, maar meer een opvatting van de heer Ganzevoort. Er worden geen groepen weggezet, maar wij trekken wel gewoon een duidelijke grens. Als er gescheiden ruimtes voor mannen en vrouwen met aparte ingangen komen — je kunt het zo gek niet bedenken of de islam verzint wel iets wat totaal idioot is in dit kader — moeten we daar gewoon niet aan willen meewerken. Dat is een duidelijke grens. Mijn vraag aan de minister is gewoon waar die grens wordt getrokken. Dat heeft niets te maken met wegzetten; het is gewoon opkomen voor onze eigen waarden.

Goed. Ik ga terug naar mijn punt. Ik had het over artikel 8. In de nota van toelichting is opgemerkt dat de minister voornemens is om in een AMvB specifiek aandacht te besteden aan bijzondere vormen van geweld, zoals vrouwelijke genitale verminking en eergerelateerd geweld. Daarbij wordt gesteld dat de culturele aspecten een grote rol spelen. Opvallend is dat het woord "islam" niet één keer valt, terwijl het hier toch duidelijk een probleem van de islamitische cultuur betreft. Wat zorgwekkend is, is het uitgangspunt dat een "directe aanpak" niet wenselijk is. Ik citeer: "Eerst zijn meer indirecte en op bemiddeling gerichte interventies aangewezen." Vrouwenverminking en eerwraak komen voort uit de islam. Hoe naïef en absurd is het om te denken dat "bemiddeling" daar iets aan kan veranderen? De verantwoordelijken voor deze barbaarsheid moeten direct hard worden aangepakt en de slachtoffers moeten adequaat beschermd worden. Kan de minister aangeven hoe zij hiermee in het AmvB wil omgaan? Graag een reactie.

Ik ga terug naar artikel 7, dat regels stelt voor het bewaken van de kwaliteit van de zorg. Vanuit het belang van de patiënt gezien is dit in beginsel een goed uitgangspunt, maar in de uitvoering moet het niet averechts gaan werken. In lid 2 van dit artikel is onder andere bepaald "het op systematische wijze verzamelen en registreren van gegevens betreffende de kwaliteit van de zorg, op zodanige wijze dat de gegevens voor eenieder vergelijkbaar zijn met gegevens van andere zorgaanbieders van dezelfde categorie". Vervol-

gens moeten deze gegevens op systematische wijze getoetst worden: leidt de wijze van uitvoering tot goede zorg? Het is goed om de vinger aan de pols te houden ten aanzien van de kwaliteit, maar voorkomen moet worden dat dit in de uitvoering doorslaat in de verkeerde richting, bijvoorbeeld door overbureaucratisering of door het aanstellen van dure kwaliteitsmanagers. Dergelijke maatregelen kunnen juist weer ten koste van de aandacht en de zorg voor de patiënt gaan. Hoe ziet de minister er in de uitvoering op toe dat deze averechtse effecten niet optreden? Graag een reactie.

In de nadere toelichting op artikel 7 wordt gesteld dat de registers ook dienen "om op basis van geaggregeerde aantallen over geleverde prestaties verantwoording af te leggen". Bij het verantwoorden over zulke abstracte aantallen bestaan risico's van een verkeerde interpretatie als bepaalde factoren niet goed worden meegewogen. Zo zeggen sterftecijfers bijvoorbeeld niet altijd iets over de kwaliteit van de zorgaanbieder. Ik wil dat graag illustreren met een citaat van wijlen professor Bob Smalhout, die zich tientallen jaren intensief bezighield met de problematiek van medische fouten: "(…) managers houden van cijfers, getallen en statistieken, omdat dat voor hen, meestal geheel ten onrechte, een maatstaf voor kwaliteit is. In dit systeem schuilt echter een groot gevaar. In de niet te onderdrukken drang naar zelfverheerlijking zullen vanaf nu ziekenhuizen de neiging ontwikkelen hun sterftecijfers zo laag mogelijk te houden. Dat kunnen ze doen door geen hoogrisicopatiënten op te nemen en ook zieke bejaarden zo veel mogelijk naar andere ziekenhuizen te verwijzen." Ziet de minister deze risico's bij de uitvoering ook? Hoe kan dit voorkomen worden? Graag een reactie.

Tot slot. Los van deze kanttekeningen over de uitvoering van het wetsvoorstel, waarvan wij de beantwoording door de minister met belangstelling afwachten, is de PVV-fractie van mening dat de beoogde doelen om de positie van de patiënt te verbeteren hard nodig zijn. Wij hopen dan ook dat de implementatie van deze wet snel en adequaat door de sector zal worden opgepakt.

De **voorzitter**:
Ik schors de vergadering voor een pauze inclusief diner.

De vergadering wordt van 16.35 uur tot 18.30 uur geschorst.

Voorzitter: Backer

☐

Minister **Schippers**:
Voorzitter. Ik feliciteer de heer Don en mevrouw Bredenoord met hun maidenspeech. Wij zullen elkaar wel vaker zien, als zij deze portefeuille hebben. Ik zie uit naar verdere gedachtewisselingen over allerlei onderwerpen in de gezondheidszorg.

Zoals een aantal leden heeft aangegeven, kent dit wetsvoorstel een heel lange en turbulente voorgeschiedenis. Ik vind dit wetsvoorstel van belang om de balans in de verhouding tussen de aanbieder en de cliënt in ons zorgstelsel te verbeteren. Het wetsvoorstel raakt de kern van de zorg. Op welke kwaliteit mogen cliënten rekenen? Waar kunnen cliënten van op aan als het misgaat? Hoe bevorderen wij dat zorgaanbieders leren van klachten en incidenten en daarmee de kwaliteit van zorg verbeteren? De wet is bedoeld om te de-escaleren. Vaak komen patiënten namelijk boos of teleurgesteld binnen met een claim, maar als je met deze mensen in gesprek gaat, blijkt al heel snel dat het erkennen van de positie van de cliënt en het zoeken naar een oplossing de zaken zijn die men echt zoekt.

Ik heb in de praktijk al vele zorgaanbieders gezien die naar volle tevredenheid conform de bedoeling van de Wkkgz werken. Het gaat er nu om, dat goede niveau van uitvoering te verspreiden over alle zorgaanbieders. De zorg draait namelijk om mensen. Mensen moeten goede zorg krijgen. Goede kwaliteit van zorg gaat ook over de relatie tussen zorgverleners en cliënten. Mensen verwachten persoonlijke aandacht en duidelijke informatie. Ze verwachten ook dat ze veilig zijn in de handen van de zorgverlener.

Tegelijk gaat het in de zorg ook om verwachtingenmanagement. Niet alles kan en de uitkomsten zijn niet altijd wat men er van tevoren van verwacht had. Laten we niet vergeten dat per jaar zo'n 17 miljoen diagnoses gesteld worden en behandelingen worden gestart. Heel veel daarvan gaat heel erg goed, maar waar mensen werken, komt het voor dat men elkaar niet altijd even goed begrijpt. Soms worden fouten gemaakt. Als iemand daarover klaagt, moet die klacht serieus worden genomen. Mensen moeten snel en goed verder worden geholpen. Ook is het belangrijk dat zorgverleners leren van fouten in de zorg. Openheid over klachten en incidenten op de werkvloer en de bereidheid om daarvan te leren vormen de basisgedachte achter deze wet.

Deze wet waarborgt dat cliënten kunnen vertrouwen op goede zorg en een goede afhandeling van klachten en geschillen. In deze wet staat wat goede zorg inhoudt en hoe klachten over de zorg anno 2015 kunnen worden aangepakt en afgehandeld, laagdrempelig en snel, zonder verstrikt te raken in allerlei formele procedures. De wet is niet extra bovenop wat er al is, maar vervangt twee andere wetten op dit gebied, namelijk de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector. Ik wil graag de vijf belangrijkste veranderingen eruit lichten.

Ten eerste noem ik de uitbreiding van de werkingssfeer, een van de grootste veranderingen. Grote groepen zorgaanbieders vallen buiten de werking van de Kwaliteitswet, de Wet BIG en de huidige Wet klachtrecht. Het gaat om solistisch werkende zorgverleners zonder BIG-registratie. Deze zullen wel onder de Wkkgz vallen. Dat vind ik een gewenste ontwikkeling, aangezien het aantal eenmanszaken en zzp'ers in de zorg de laatste jaren sterk toeneemt, met zo'n 8.000 à 10.000 per jaar. Daarnaast gaat het om alle aanbieders van andere zorg dan de zorg die onder de Wet langdurige zorg of de Zorgverzekeringswet valt, onder wie aanbieders van alternatieve geneeswijzen en cosmetische behandelingen. Het is in mijn ogen namelijk niet uit te leggen dat dergelijke aanbieders zich niet aan wettelijke eisen op het gebied van kwaliteit, klachten en geschillen moeten houden, terwijl aanbieders van Zvw- en Wlz-zorg dat wel moeten doen. Het gaat om een groep van circa 40.000 aanbieders van andere zorg dan Zvw- of Wlz-zorg die onder de Wkkgz gaan vallen. Bij eventuele misstanden kan de Inspectie voor de Gezondheidszorg voortaan beter ingrijpen in deze sectoren bij cosmetische behandelingen door alternatieve genezers of solistisch werkende zorgverleners, bij het spuiten van botox, bij laserbehandelingen door niet-BIG'ers, bij ondergekwalificeerde zzp'ers in de thuiszorg en bij de

ggz'er in de garage om maar wat voorbeelden te noemen. In die zin wordt de wet als steun in de rug beschouwd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg, die door deze wet bij misstanden veel makkelijker daadwerkelijk kan optreden.

Een andere verandering betreft de invoering van een vergewisplicht voor een zorginstelling. Als een zorgverlener ernstig disfunctioneert en wordt ontslagen, willen wij niet dat die vervolgens zonder goede overweging weer elders aan de slag gaat. Voordat een zorgverlener wordt aangenomen, moet de zorginstelling zich vergewissen van het functioneren van die zorgverlener in het verleden. Bovendien moeten nieuwe werknemers in de Wlz-zorg en de intramurale ggz een verklaring omtrent het gedrag kunnen overleggen. Ik kom straks op vragen die hierover zijn gesteld.

De zorgaanbieder wordt ook verplicht om een ontslag wegens ernstig disfunctioneren bij de inspectie te melden. De inspectie kan dan zien welke maatregelen moeten worden genomen. Naast seksueel misbruik, dus niet in de plaats van, moeten zorgaanbieders nu ook andere vormen van geweld in de zorgrelatie bij de IGZ melden. Het gaat om zaken waarvan vermoed mag worden dat deze onder het Wetboek van Strafrecht vallen, bijvoorbeeld mishandeling of financiële uitbuiting onder dwang. Het is belangrijk dat de inspectie kan nagaan of de desbetreffende zorgaanbieder maatregelen heeft genomen om te voorkomen dat het weer gebeurt.

Het leren van incidenten en klachten staat voorop. Daarbij hoort ook dat mensen die in de zorg werken op een veilige manier mogelijke misstanden moeten kunnen melden, bijvoorbeeld onhandige procedures die het risico op fouten groter maken of medische technologie die niet goed wordt toegepast. De wet verplicht zorgaanbieders om hiervoor een systeem te ontwikkelen dat het melden en analyseren van dergelijke incidenten mogelijk maakt.

Al sinds 1999 weten we dat de klachtencommissie die wij in de huidige klachtwet voorschrijven niet aansluit bij de wensen en behoeften van cliënten anno nu. Deze wet bevat een moderne klachtenregeling. Klachtbehandeling krijgt een gezicht: een klachtfunctionaris bij wie je kunt binnenlopen en die je kunt bellen of e-mailen. Deze functionaris helpt cliënten verder en probeert klachten snel op te lossen. De praktijk wijst uit dat een goed gesprek tussen de cliënt en de zorgverlener of bemiddeling het allerbeste werkt. Deze functionaris richt zich op de oplossing van het probleem en is dus geen belangenbehartiger van de een of de ander.

Als de cliënt en de zorgaanbieder er onderling niet uitkomen, krijgt de cliënt de mogelijkheid om zijn klacht in tweede instantie aan een onafhankelijke geschilleninstantie voor te leggen. Daarmee krijgt de cliënt een alternatief voor de burgerlijke rechter aangeboden. De introductie van deze vorm van buitengerechtelijke geschilbeslechting sluit aan op de ontwikkelingen in andere sectoren, bijvoorbeeld bij consumentenzaken en recent nog de kinderopvang. Zo'n geschilleninstantie zal in de praktijk over meer kennis van de zorg beschikken dan een kantonrechter. Dat zal de kwaliteit van de uitspraken ten goede komen.

Een aantal leden van de Kamer vroeg naar de weerstand bij belangenorganisaties van zorgaanbieders en zorgverleners tegen de Wkkgz. Die is er, dat is evident. Tegelijkertijd zien wij dat een groot aantal aanbieders al naar volle tevredenheid werkt volgens de Wkkgz. Ik zie het als opdracht om ook de aanbieders die tegen zijn alsnog mee te nemen, want het doel van deze wet is de-escalatie. De wet biedt de zorgaanbieders alle ruimte om klachten laagdrempelig en informeel af te handelen, meer ruimte dan de huidige wet, die verplicht dat klachten via formele procedures op tegenspraak moeten worden opgelost. De ervaring van de klachtenfunctionarissen is dat als de zorgverlener de cliënt serieus neemt en open is over wat er is gebeurd, de meeste klachten naar ieders tevredenheid worden opgelost en onnodige juridisering wordt voorkomen. Ook de ervaring met de geschillencommissie is positief in dezen. Uit de cijfers blijkt dat het bij de huidige geschillencommissie gaat om een beperkt aantal geschillen die patiënten voorleggen, hetgeen laat zien dat patiënten op serieuze wijze gebruikmaken van deze mogelijkheid.

Sommige zorgbranches pleiten voor het apart afhandelen van klachten en schadeclaims. Dat onderscheid is naar mijn mening gekunsteld. De praktijk wijst uit dat de inhoud en relatie samenvallen. Deze wet zet in op het snel en laagdrempelig oplossen van de klacht dichtbij, ook als de klacht een schadeclaim bevat. Een aanvankelijke wens om een schadeclaim in te dienen gaat vaak van tafel, als je van mens tot mens een open gesprek hebt gehad over wat er misgaat en waarom men zo boos is, om vervolgens in zo'n gesprek de aandacht te richten op: hoe kunnen we het oplossen als er schade is geleden, hoe kunnen wij verhelpen dat u last blijft hebben van die schade? Mensen staan daarvoor veel meer open dan dat men zo nodig een claim moet indienen.

Dat blijkt niet alleen uit de ervaringen in de gezondheidszorg op verschillende terreinen. Wij zien dat ook bij allerlei geschilleninstellingen die beide hebben. Wat wij hebben gedaan, is niet uniek. Waar het al van toepassing is, hebben wij het gekopieerd. Bijvoorbeeld de financiële dienstverlening kent een geschillencommissie waar klachten en claims in één zitten. In de energiesector en de telecomsector zitten ook klachten en claims in één. We hebben een hele reeks van voorbeelden waarin dat al in één procedure zit. Een claim die in eerste instantie als claim wordt aangemeld, blijkt later vaak een klacht te zijn die je gezamenlijk kunt oplossen. Zou je dat scheiden, dan moet men van het ene traject naar het andere traject worden doorgeschoven. Dat is over het algemeen juist niet bevorderlijk voor het de-escaleren.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):
Zeker, er zijn heel veel andere voorbeelden, maar alle voorbeelden die de minister noemt gaan niet over een situatie waarin bij uitstek sprake is van de vertrouwensrelatie die hier wel aan de orde is. Anders gezegd: is het vermengen van klachten en claims, wat in de telecom- of de energiesector misschien niet tot wezenlijke problemen leidt, juist in de zorgsector niet van een andere aard? Als je het laagdrempelig wilt houden en als je juridisering en een claimcultuur wilt voorkomen, zou je dan niet juist in deze sector daarmee terughoudend moeten zijn?

Minister **Schippers**:
Kijk naar de ervaringen tot nu toe met de geschillencommissies. Ik heb de schikkingen en uitspraken van de geschillencommissies op een rijtje uitgeschreven. We hebben het eigenlijk over enkele zaken. Een instantie zoals een klach-

tencommissie doet een digitale uitspraak: de klacht is terecht of niet terecht. Wanneer je menselijk contact hebt en het gesprek aangaat met cliënten die ontevreden of boos zijn, dan zie je heel vaak dat zij niet zozeer op geld uit zijn. Vaak wil men dat dat been weer gaat functioneren. Dan bekijk je met elkaar hoe je dat been weer functionerend krijgt. De zorg leent zich veel meer voor één traject dan een kil iemand die telefoontjes verkoopt en waar je verder geen relatie mee hebt. Ik zou het omgekeerd willen beargumenteren.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):
Ik ben niet overtuigd door de vergelijking met andere branches, omdat daar toch echt iets anders aan de orde is. Je hebt een separate redenering nodig waarom het hier niet zal leiden tot een versterking van de claimcultuur. Dat er op dit moment nog niet heel veel geschillen van dien aard zijn, zegt nog niet zo heel veel over wat deze wet zal kunnen bewerkstelligen, tegengesteld aan de intentie van de minister. Volgens mij zijn wij het op dat punt wel eens. De vraag is of dit niet een route stimuleert die wij juist ongewenst vinden en die in andere sectoren toch echt van een andere orde is.

Minister **Schippers**:
Kijk waar het al werkt, bijvoorbeeld bij de particuliere klinieken. Daar kun je al tot €25.000 toekennen. Daar hebben we al één afhandeling van beide. Je kunt toch niet zeggen dat daar opvallend veel juist richting claims gaat. Bij de andere geschillencommissies gaan we tot €5.000, maar we zitten daar al in één procedure. Wat ik hier zeg, is gestaafd door de ervaringen daar. Mensen komen boos binnen, zijn teleurgesteld, hadden misschien te hoge verwachtingen — dat kan ook, want het hoeft niet altijd de schuld van de zorgverlener te zijn — maar als het gesprek uiteindelijk over de oplossing gaat, zie je vaker dat een claim een klacht wordt dan andersom. Je ziet dat dus in de praktijk. Ik heb zojuist al voorbeelden gegeven over de particuliere klinieken, maar je ziet het ook bij andere geschillencommissies die geld kunnen toekennen.

Mevrouw **Martens** (CDA):
De minister zegt dat er nu weinig gevallen bij geschillencommissie terechtkomen. Dat is ook zo, maar komt dat niet juist doordat er nu een klachtencommissie tussen zit? Die klachtencommissies doen ook vaak aan bemiddeling. Wij delen het pleidooi om te beginnen met bemiddeling, maar die tussenfase waarin het probleem nog tussen klacht en claim in ligt, blijft zorgelijk. De minister is daar tamelijk optimistisch over.

Minister **Schippers**:
Ik heb hier veertien onderzoeken die sinds 1999 zijn uitgevoerd. Het laatste onderzoek is uit 2014. In deze veertien onderzoeken komt de klachtencommissie negatief uit de evaluatie. Een belangrijk punt uit de evaluatie van de klachtencommissies is dat de uitspraak van de commissie vaak digitaal is: u hebt terecht of onterecht geklaagd. Daardoor wordt men tegenover elkaar gezet. Met deze wet beogen we om een klachtenfunctionaris gewoon het gesprek te laten aangaan en van begin af aan naar een oplossing te zoeken. Het is dus meteen gericht op de-escalatie in plaats van tegenover elkaar je eigen gelijk bewijzen. Ik denk dat de weg die wij nu gaan, veel beter aansluit bij wat wij uit al die onderzoeken hebben geleerd en waar ook de crux zit. Er is vaak een heel verschillende beleving over het functioneren van een klachtencommissie tussen de professional en de cliënt. De professional beoordeelt het functioneren vaak veel gunstiger dan de cliënt. Ik denk juist dat de manier waarop het nu wordt gedaan en die gericht is op dejuridisering — dus niet tegenover elkaar gaan staan, maar samen naar een oplossing zoeken — veel meer in de richting zit die mevrouw Martens nastreeft. We proberen namelijk niet te komen tot juridisering in de zorg.

Mevrouw **Martens** (CDA):
Die wens en doelen delen wij. Als de klachtencommissies echter negatief worden beoordeeld, zijn wij wel geïnteresseerd in de vraag waarom. Is dat omdat de huidige wet beperkingen aanbrengt, waardoor de klachtencommissies niet goed kúnnen functioneren, of werken ze gewoon niet goed? In dat laatste geval heb je geen nieuwe regeling nodig, maar moet het functioneren verbeteren. Datzelfde geldt voor de klachtenfunctionaris. De bemiddelende rol die de wet voorstelt voor de klachtenfunctionaris is prima. Daar waar klachtenfunctionarissen zijn, vervullen ze vaak al deze rol. Bij het Landelijk Meldpunt Zorg komen heel veel klachten binnen over de klachtenfunctionaris. Alleen de functie omschrijven in een wetsvoorstel maakt nog niet dat de functie beantwoordt aan het gewenste doel.

Minister **Schippers**:
Het Landelijk Meldpunt Zorg heeft niet heel veel klachten over de klachtenfunctionaris. Sterker nog, de inspectie dringt aan op deze wet. De inspectie is niet negatief over deze wet, maar dringt aan op het instellen van de klachtenfunctionaris, omdat ze daarvan verwacht dat het veel beter wordt. De inspectie ziet immers ook hoe het in de praktijk werkt. Mevrouw Martens gaf als voorbeeld dat de klachtenfunctionaris in de eerste lijn wel goed functioneert. NIVEL is in 2013 met een rapport gekomen waar dit helemaal niet zo mooi uit komt. Uit het onderzoek blijkt dat meer dan een vierde van de mensen die ontevreden zijn en met een klacht rondlopen, bij zijn huisarts is weggegaan. Dat is dus geen goede klachtenopvolging. Dat is escalatie. Deze wet gaat ervan uit dat de huidige wet mensen tegenover elkaar zet voor de klachtencommissie. Na alles wat er onderzocht is en wat ons is geadviseerd, kan niemand staande houden dat het nu zo goed functioneert. Wat functioneert wel goed in de praktijk? Dat is de klachtenfunctionaris. Daar zijn goede ervaringen mee, ook bij de huisartsgroepen en -regio's. In Zuid-Nederland werkt het uitstekend. Als je dat tegenover deze evaluatie zet, kun je concluderen dat we op de goede weg zijn met het "vermenselijken" in plaats van "verprocessen" van klachten van ontevreden mensen. Dus je gaat naar een mens van vlees en bloed in plaats van dat je een formulier indient bij een klachtencommissie.

De heer **Don** (SP):
Ik puzzel een beetje met het volgende. Klachten en claims kun je aan elkaar koppelen. Je kunt ze hetzelfde traject laten lopen. Op het moment dat er vrees is voor een claim zal de beroepsbeoefenaar echter ander gedrag gaan vertonen. Hij moet zich anders gaan gedragen vanuit zijn wettelijke aansprakelijkheidsverzekering. Op het moment dat zo'n claim

op tafel wordt gelegd door de patiënt of cliënt, wordt het mediationtraject door een klachtenfunctionaris naar mijn idee beïnvloed. Hoe ziet de minister dat? Dat speelt wel een rol.

Minister **Schippers**:
In de praktijk zie je eerder dat men met een claim binnenkomt en de deur uitgaat met een klacht die je samen oplost. Vergelijk het met het functioneren van de geschillencommissie die werkt bij private klinieken. Deze commissie is ingesteld in 2008. In 2009 heeft ze haar eerste uitspraak gedaan. In 2011 zijn er twee uitspraken gedaan. In 2012 zijn er twee schikkingen getroffen en vier uitspraken gedaan. In 2013 waren er drie schikkingen en twee uitspraken en in 2014 vier schikkingen en vier uitspraken. We hebben zo'n 300 privéklinieken. Dan kun je toch niet zeggen dat hier defensieve en claimcultuur-achtige zaken aan de orde zijn? Wij gaan dat ook nog eens ondersteunen door iemand van vlees en bloed die gericht is op de-escalatie, niet in dienst van de patiënt of de aanbieder, maar puur ingesteld op basis van zijn competenties om een oplossing te vinden. Als je kijkt naar de ervaringen die zijn opgedaan, gaan we eerder naar minder dan naar meer. Al moet ik heel eerlijk zeggen dat ik straks ga toezeggen dat wij het gaan monitoren en dat we het jaarlijks laten terugkomen. Er zijn immers zorgen in de Kamer, dus we zullen het monitoren en terugkoppelen.

Voor mij is het overigens niet zo dat meer claims altijd fout is. Soms kan er een heel gerechtvaardigde claim zijn. Dan wil ik wel heel graag dat wordt gekeken wat er achter zo'n claim zit en of er iets zorgelijks aan de hand is. Wij zien hoe het in andere sectoren gaat, we zien hoe het in de zorgsector gaat, we zetten daar de functionaris nog eens naast en we gaan jaarlijks de ontwikkelingen monitoren. Op die manier zetten wij met elkaar een heel zorgvuldig traject in gang.

De heer **Don** (SP):
Ik heb nog een tweede vraag en die gaat over de klachtenfunctionaris, of beter gezegd: een persoon die bijstand kan verlenen. Nu heb je een onpartijdige functionaris die een bemiddelende rol kan vervullen. In de praktijk zie je ook weleens een bewust partijdige functionaris, in de vorm van een cliëntvertrouwenspersoon. Met name in de ggz zie je zo'n rol nogal eens vervuld worden. De minister spreekt alleen over een onafhankelijke klachtenfunctionaris, maar hoe ziet zij de rol van een cliënt- of patiëntvertrouwenspersoon, die ook te maken heeft met een klacht van een cliënt en daarin een weg probeert te vinden?

Minister **Schippers**:
De klachtenfunctionaris wordt aangesteld in overleg met de zorgaanbieder en bijvoorbeeld de cliëntenraad. Als die er niet is, kom je bij de cliëntenorganisatie. Die moeten het samen eens worden over zo'n functionaris. Het kan zijn dat de aanbieder zegt dat een cliëntvertrouwenspersoon opkomt voor de cliënt en dat er geen onafhankelijke functionaris nodig is. Die rol kan dan bij de cliëntvertrouwenspersoon worden neergelegd. Dat kan, maar dan moet de zorgaanbieder daar zelf de stap voor zetten.

De heer **Don** (SP):
Ik vertaal het. Als de zorgaanbieder ervoor kiest om een cliëntvertrouwenspersoon, een partijdige klachtenfunctionaris dus, deze rol te geven, kan dat, maar dan verwachten we wel dat hij met zijn eigen cliënt en binnen zijn eigen organisatie een dialoog voert over zijn positie.

Minister **Schippers**:
Ja, en de inspectie ziet toe op de procedure en op de kwaliteit van de functionaris.

De **voorzitter**:
Ik stel voor dat de minister haar betoog vervolgt.

Minister **Schippers**:
Een ander punt is de hoge regeldruk. Dat is altijd iets waar je alert op moet zijn in de zorg, want we kunnen beter minder dan meer regels hebben. De extra kosten voor de 90.000 aanbieders bij elkaar opgeteld, komen neer op ongeveer 9 miljoen euro per jaar. Dat is becijferd door zowel Actal als Sira. De extra kosten per zorgaanbieder zijn beperkt tot ongeveer €100 per jaar. Als de zorgaanbieders hun klachtenafhandeling slimmer en goedkoper organiseren, zoals de Wkkgz ook mogelijk maakt, dan komen de kosten uit op hooguit €20 à €30 per jaar per zorgaanbieder. Ik vind die kosten per zorgaanbieder, gezien de doelen van de wet, aanvaardbaar.

Over het veilig melden van incidenten zijn veel vragen gekomen. Is het Veilig Incident Melden (VIM) wel veilig als je de Wkkgz volgt? Tot nu toe is het veilig melden van incidenten niet wettelijk beschermd. De Wkkgz gaat die bescherming regelen. Die regelt dat alleen het Openbaar Ministerie toegang heeft tot de gegevens uit het Veilig Incident Melden-systeem. Hiermee ontstaat een extra waarborg voor zorgverleners zodat zij zaken veilig kunnen melden. Tegelijkertijd heeft het Openbaar Ministerie geen toegang tot die gegevens. Dat is alleen aan de orde in zeer uitzonderlijke gevallen, namelijk bij vermoedens van een ernstig strafbaar feit. Denk aan moord of doodslag. Bovendien moet de informatie daarover niet op enige andere wijze door het Openbaar Ministerie te verkrijgen zijn. Het Openbaar Ministerie moet daarvoor een zorgvuldige procedure doorlopen. Het krijgen van toestemming van de rechter-commissaris is daarbij een vereiste. Daarmee hebben wij het veilig melden veel veiliger gemaakt.

De wet beschermt ook de positie van de zorgverlener. De wet regelt dat de direct betrokken medewerkers bij de procedures van het veilig melden van een incident en bij de klachten- en geschillenprocedures gegevens uit die procedures niet aan anderen mogen verstrekken: een geheimhoudingsplicht. Het Openbaar Ministerie kan alleen bij de gegevens uit het Veilig Incident Melden-systeem in geval van zware verdenkingen van ernstige strafbare feiten, zoals moord en doodslag, na het doorlopen van een zorgvuldige procedure en met toestemming van de rechter-commissaris. De geschilleninstantie past hoor en wederhoor toe en is verplicht om uitspraken zodanig openbaar te maken dat deze niet herleidbaar zijn tot direct betrokken zorgverleners. Het is ook voor een zorgaanbieder en een zorgverlener prettig als klachten via een goed gesprek snel kunnen worden opgelost. Dit komt het vertrouwen in de onderlinge

relatie ten goede. Een onafhankelijke klachtenfunctionaris kan hierbij een belangrijke ondersteuning zijn.

Deze wet is een kaderwet, die ruimte biedt voor nadere uitwerking. Zo hebben zorgaanbieders een grotere vrijheid om klachten naar ieders tevredenheid op te lossen en kan maatwerk worden geleverd. De verplichting om klachten door klachtencommissies te laten oplossen vervalt. Dit betekent niet dat ze verboden zijn. Waar deze meerwaarde bieden, staat het zorgaanbieders vrij om deze te blijven inzetten. Zo biedt de Wkkgz meer ruimte aan zorgaanbieders dan de huidige Wkcz. De Wkkgz biedt zorgaanbieders ruimte om verplichtingen in de Wkkgz zodanig in te vullen dat het past bij de eigen zorgorganisatie. Dat dit tot vragen over de praktische invulling leidt, vind ik begrijpelijk. Zorgaanbieders hebben na inwerkingtreding van de Wkkgz nog een jaar de tijd om hun klachten- en geschillenregeling conform de Wkkgz in te richten.

Ik heb veel leden van de Kamer heel goed gehoord. Het is van groot belang dat wij de Wkkgz middels een zorgvuldig traject implementeren. Dat zal beginnen als de wet door uw Kamer wordt aanvaard. Daarbij zal nadrukkelijk aandacht worden besteed aan de verschillende manieren waarop zorgaanbieders de Wkkgz praktisch kunnen invullen en aan de zorgen die diverse belangenorganisaties van zorgaanbieders en zorgverleners hebben geuit. Daarbij zullen voorbeelden van koplopers op dit gebied worden gebruikt die andere zorgaanbieders en zorgverleners kunnen inspireren. Hoewel al veel zorgaanbieders conform de bedoeling van de wet werken, wil ik graag dat alle zorgverleners dat gaan doen.

Ik heb nog drie punten ter afsluiting. Het eerste punt sluit hierbij aan. Ik vind dat wij niet tegenover maar met elkaar moeten kijken, want uiteindelijk willen wij geen van allen juridisering. Wij willen allemaal de-escalatie. Wij willen allemaal dat het zo veel mogelijk in persoonlijke gesprekken wordt opgelost. Wij willen geen van allen onnodige procedures. Wij willen zo min mogelijk extra kosten voor aanbieders. Wij willen wel heldere procedures en meer kwaliteit. Dus moeten wij bekijken hoe wij de zorgaanbieders, ook degenen die nu nog sceptisch of onzeker zijn, meekrijgen in een goede invulling van deze wet. Mocht dit wetsvoorstel aanvaard worden, dan zullen wij een ronde doen door Nederland en met name met kleine zorgaanbieders in gesprek gaan. Wij zullen ook handreikingen doen waar daar behoefte aan is, bijvoorbeeld bij het Veilig Incident Melden. Dat is nieuw voor sommige kleine zorgaanbieders. Daar kan het ministerie kleine zorgaanbieders met handreikingen bij helpen.

Een tweede punt dat ik bij velen heb gehoord, is aandacht voor de Wet maatschappelijke ondersteuning.

De heer **Don** (SP):
U praat over "een handreiking" en "het ondersteunen van de kleinere zorgaanbieders". Is het een idee om ook de brancheorganisaties van de zorgaanbieders nauw te betrekken bij de vraag hoe zo'n ondersteuningsplan eruit zou kunnen zien?

Minister **Schippers**:
Zeker, als wij zo'n ronde doen, dan is het gebruikelijk dat wij die samen met de brancheorganisaties organiseren of in ieder geval in overleg met de brancheorganisaties, opdat hun leden weten dat het plaatsheeft, zij daar informatie kunnen halen en zij zorgen kunnen delen.

De **voorzitter**:
Mijnheer Don, in uw enthousiasme, kunt u via de voorzitter spreken?

De heer **Don** (SP):
Mijnheer de voorzitter, u hebt helemaal gelijk.

Er zit grote weerstand bij met name de eerstelijnsorganisaties. Ik wil het niet plat maken, maar het werkt niet om te zeggen: een rondje door Nederland en het probleem is opgelost. Ik zoek een beetje naar hoe u zo'n ronde handen en voeten geeft en naar wat u daadwerkelijk kunt bieden. Ik snap dat het wat kort door de bocht is om dat nu al uit te spreken, maar wat biedt u de eerstelijnswerkers daadwerkelijk voor versterking, aangezien u nogal wat van ze vraagt, zodat ze gaan handelen zoals u voor ogen hebt?

Minister **Schippers**:
Ik gaf net al een heel goed voorbeeld van hoe huisartsen in Zuid-Nederland het geregeld hebben. Die hebben het niet huisarts per huisarts geregeld. Die hebben het gemeenschappelijk geregeld. Je kunt namelijk als een groep huisartsen in de regio een klachtenfunctionaris delen of met elkaar aanstellen. Je kunt met elkaar regionaal zo'n procedure vormgeven. Dat hoef je niet één voor één te doen. In zo'n rondgang neem je bijvoorbeeld ook huisartsen mee die al volgens de Wkkgz werken en daar goede ervaring mee hebben opgedaan, zodat je van elkaar kunt leren en erachter komt wat er dan nog overblijft waar eventueel het ministerie nog een handreiking voor zou moeten doen. Dat zullen wij heel pragmatisch en praktisch moeten aanpakken.

De heer **Don** (SP):
Is daar ook in de vorm van een financiële ondersteuning iets in te bedenken?

Minister **Schippers**:
Dat is niet het eerste waar ik aan denk. Ik heb aangegeven over hoeveel geld het ongeveer gaat. Als je het efficiënt inricht, heb je het over €20 à €30 per instelling of per groep. Dat is best op te brengen. Wij kunnen dat geld beter besteden aan andere dingen, maar wij moeten wel helpen om het efficiënt en goed met elkaar op te richten, zodat niet iedereen het eigen wiel uitvindt. Mocht deze wet worden aangenomen, dan hebben wij als overheid wel de verplichting om zorgverleners, met name de eerste lijn en kleine zorgaanbieders, te helpen om dat efficiënt en praktisch in te richten.

Mevrouw **Bredenoord** (D66):
Ik hoor u zeggen: ik wil vermenselijken in plaats van verprocessen; ik wil de-escaleren. Maar ik wil graag wat concreter het volgende van u horen. U hebt het ook over de koplopers in het implementatietraject. Hoe gaat u dat de-escaleren inzetten? Is die vraag over best practices en over open

communicatie voldoende geadresseerd? Weten wij wel hoe dat de-escaleren plaats moet vinden?

Minister **Schippers**:
Wij kunnen leren uit de evaluaties. Uit die evaluaties hebben wij een aantal dingen geleerd die wij in de wet anders hebben gedaan. Wij hebben in het kader van deze wet een heleboel organisaties gesproken die volgens dat stramien werken. Dan kun je zien welke elementen daar heel erg belangrijk in zijn. Eén is dat je een persoon hebt van vlees en bloed die niet gaat zoeken hoe je een klacht extra kunt onderbouwen, maar die zegt: goh, u bent ontevreden, hoe lossen wij dat nu op? Dus je gaat meteen vanuit een ander visie aan het werk met die klachten. Ik denk dat het ontzettend goed gaat werken als je bij de implementatie het gesprek aangaat vanuit de goede voorbeelden uit de eigen sector — je hoeft immers niet de goede voorbeelden van de huisartsen bij de ggz in te brengen — de eigen instellingen waar het ontzettend goed loopt. Daarbij kun je ook echt oprechte zorgen beantwoorden en adresseren.

Mevrouw **Bredenoord** (D66):
De minister heeft het over best practices. Hoe gaat zij de hulpverleners daarin meenemen? Er is een bepaalde cultuurverandering nodig. Volgens mij krijg je die niet voor elkaar in een jaar.

Minister **Schippers**:
Nee, dat is mijn derde punt. Mevrouw Bredenoord zei terecht dat er een cultuuromslag nodig is. Dan heb je altijd voorlopers en achterblijvers. De opleiding is cruciaal daarbij. Ik zie dat men die cultuuromslag in de opleiding al maakt. In haar betoog zei mevrouw Bredenoord: we moeten niet alleen aan het eind maar ook vooraf zitten. Met het oog daarop is dit natuurlijk een ongelofelijk belangrijk element. Ik wil de Kamer dan ook toezeggen — dat was het derde punt aan het slot van mijn aanleiding — dat ik de opleiders expliciet zal vragen om meer aandacht hieraan te besteden. Allerlei elementen uit deze wet vragen om die cultuuromslag. Ik zal de opleiders vragen om die elementen veel explicieter in de opleiding te adresseren.

Ik heb het derde punt nu behandeld. Ik wil nog even terug naar het eerste punt dat ik had willen noemen. Een aantal leden heeft aandacht gevraagd voor het feit dat de Wmo er niet onder valt. De Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg, de Wlz, vallen er wel onder. De jeugdzorg wordt eraan gekoppeld. Er komt een wetsvoorstel om die hieraan gelijk te stellen. Dat wordt echter niet gedaan voor de Wmo, terwijl er in het kader daarvan toch allerlei vormen van samenwerking zijn, bijvoorbeeld in wijkteams. In het wetsvoorstel, de Wmo 2015, stond een aantal artikelen waarin de procedure ten aanzien van kwaliteit, klachten en geschillen gelijk werd gesteld aan die in dit wetsvoorstel. Dat onderdeel is er echter uit geamendeerd. Dat is gedaan door VVD, Partij van de Arbeid, CDA, D66, ChristenUnie, SGP, 50PLUS en Van Vliet. Ik heb het voor de zekerheid even opgezocht. Dit wetsvoorstel was dus bedoeld als kader voor al die wetten, maar bij de Wmo is dat stukje eruit geamendeerd. Het feit dat wij dat in de Wmo hadden gezet, geeft al aan dat ik er wel positief tegenover sta dat deze kaderwet ook de Wmo omvat. Dan kan iedereen toch zijn eigen maatwerk blijven leveren. Voor de ziekenhuizen is het toch anders dan voor de ggz en de huisartsen. Dat is nu al zo en daarom is de Wmo ook anders. Dit punt is daar alleen uit geamendeerd. Het gebeurt weleens dat een wetsvoorstel dat in de Eerste Kamer wordt behandeld, in de Tweede Kamer is geamendeerd. Daarom staan er dus geen gelijksoortige artikelen meer in de Wmo 2015.

Mevrouw **Nooren** (PvdA):
Het is mooi dat de minister ons wijst op de wijsheid die er misschien toen niet was en nu wel. Wil zij dan ook toezeggen om daar een wetswijziging aan te koppelen om de reikwijdte van de Wkkgz te verruimen?

Minister **Schippers**:
Ik kan de gevoelens die in deze Kamer breed gedeeld worden, onder de aandacht brengen bij de staatssecretaris. Het lijkt mij dan goed om toch nog eens te kijken naar de bereidheid in de Tweede Kamer, want een voorstel gaat altijd via de Tweede naar Eerste Kamer. Het lijkt mij dus goed om aan de Tweede Kamer te vragen of zij nog eens wil nadenken over de vraag of het toch niet wijs is om dat zo te doen. Zeker ook voor de wijkteams, die wij als een heel belangrijke vernieuwing zien, is het belangrijk om dat voor elkaar te krijgen. Ik kan deze Kamer dus toezeggen dat ik dat polstraject zou willen ingaan.

De heer **Don** (SP):
Kan een motie de minister daar nog bij helpen of is deze toezegging voldoende om op gang te komen? Ik kan mij voorstellen dat een breed ondertekende motie van de Eerste Kamer een steun in de rug kan zijn voor de fracties in de Tweede Kamer.

Minister **Schippers**:
Ik laat moties aan de Kamer over. Ik heb haar wel goed gehoord. Zelfs bij partijen die deze bepalingen tijdens de behandeling in de Tweede Kamer uit het voorstel hebben geamendeerd, ligt dat hier toch iets anders. Daar zit ook wel een ratio achter. Laat ik me netjes aan mijn taken houden. Ik kan toezeggen dat ik de Tweede Kamer daarover ga polsen.

De heer **Don** (SP):
Dank u wel.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):
Bij ons leeft nog wel de vraag hoe zich dat precies vertaalt in het Wmo-domein. Je hebt daarin natuurlijk allerlei rollen, taken en vormen van zorg en participatie. De wijkteams spelen daarbij een rol. Je hebt de rol van de gemeente. Kun je dit zomaar een-op-een vertalen naar het Wmo-domein of vraagt het toch wat finetuning om de verantwoordelijkheden daarin goed te formuleren? Dat hoor ik nog graag van de minister.

Minister **Schippers**:
Wij hadden een aantal artikelen in de Wmo gezet die aansloten bij de Wkkgz. Wij hadden dus niet gezegd dat de Wkkgz ook over de Wmo gaat. We hadden wel gezegd welke

kwalitatieve eisen je zou kunnen stellen en wat je zou kunnen vragen op het punt van de afhandeling van klachten. Een aantal dingen sloot hier dus bij aan. Wij hadden het dus andersom gedaan. Welke vorm het beste is, lijkt mij iets om nader te beschouwen.

Mevrouw **Martens** (CDA):
Het is een interessante gedachte om te bekijken hoe dat kan aansluiten. Het gaat dan over de zorgklacht. Hoe verhoudt zich dat tot de geschilleninstantie? Verschillende organisaties kunnen immers onder heel verschillende bestuurlijke geschillenprocedures vallen. Blijft dat elkaar niet bijten?

Minister **Schippers**:
We hebben nu natuurlijk ook heel verschillende geschillencommissies. Die zijn door de sector zelf opgericht. Ik ben daar een groot voorstander van, omdat er in die commissie dan ook kennis zit over de klachten en de geschillen die je zou kunnen voorleggen. De zaken die hierover gingen, gingen met name over kwaliteit en klachtenprocedures. Ik heb al toegezegd dat ik ga bekijken in hoeverre het een bij het ander aansluit of het ander bij het een en welke dus waaronder zou moeten vallen als je daaraan begint. Ik zal het geschillenaspect daar expliciet in meenemen. Om het simpeler te zeggen: ik kan de Kamer toezeggen om daar expliciet aandacht aan te besteden.

Dit was mijn inleiding. Sommige dingen zijn door meerdere leden gevraagd. Ik zal proberen om een en ander niet dubbel te behandelen.

Er werden vragen gesteld over het advies van de Raad van State. Wat vind ik daarvan? Heb ik daar dan helemaal geen boodschap aan? De Raad van State adviseerde over de Wcz. Een heleboel kritiekpunten van de Raad van State gaan over onderdelen die niet meer in de Wkkgz staan. Dat zijn met name onderdelen met betrekking tot de WGBO en die zijn uit dit wetsvoorstel gehaald.

Ik denk dat ik in mijn inleiding voldoende heb gezegd over klacht en claim, althans dat hoop ik. Ik kom op de benoeming van de geschillencommissie en de samenstelling daarvan. Invloed uitoefenen op de samenstelling van de individuele geschillencommissie is op meerdere manieren geborgd. Op collectief niveau is dat in de wet geregeld. Organisaties van patiënten en zorgaanbieders richten gezamenlijk een geschilleninstantie op en komen hiertoe een reglement overeen. Op individueel niveau is dat geregeld in een aparte ministeriële regeling. Een voorbeeld daarvan is de mogelijkheid van wraking van een lid van de geschilleninstantie door de partijen.

De **voorzitter**:
Mag ik de minister even onderbreken voor een vraag van mevrouw Martens?

Mevrouw **Martens** (CDA):
Ik kom nog even terug op het punt van klacht en claim. Als de minister daar later nog op terug komt, dan vervalt het hierbij, maar mijn fractie daar nog een vraag over gesteld. Is het noodzakelijk om de klacht en de claim tegelijk in te dienen of kan dat ook in twee fases? Moet je de klacht en de claim altijd tegelijkertijd indienen of kun je eerst de klacht laten afhandelen en dan nog een keer naar de geschillencommissie voor de claim?

Minister **Schippers**:
Dat kan, maar je zult zien dat het vaak in elkaar overloopt. Je zult dus zien dat een claim die hoog ingezet is, een klacht wordt of andersom. Maar dat wat mevrouw Martens zegt, kan.

Je kunt dus individueel wraken. Je kunt beroepsgenoten uit je eigen sector aanwijzen die zitting nemen in een geschillencommissie die een zaak behandelt. Ik sluit aan bij de erkenningsregeling van het ministerie van Veiligheid en Justitie over consumentenzaken. Die erkenningsregeling is dus ook van toepassing op de geschillencommissies in de gezondheidszorg. De voorzitter moet bijvoorbeeld ook meester in de rechten zijn. In de praktijk zie je dat het vaak rechters zijn die het voorzitterschap op zich nemen. Naast de basiseisen in de regeling hebben partijen ruimte om onderling aanvullende eisen overeen te komen.

Vanuit het veld zijn er zorgen geuit. Er komt iets nieuws aan en zoals gezegd begrijp ik het dat je dan niet weet wat er op je afkomt, zeker als je klein bent. Als de wet van toepassing wordt, zie ik het dan ook als mijn plicht om me maximaal in te zetten om iedereen daarin mee te krijgen en om samen oplossingen te vinden voor ontstane problemen.

Een fundamentele vraag is natuurlijk: voor welk probleem is dit de oplossing? Eigenlijk waren al die evaluaties die wij op een rij hebben gezet, best zorgwekkend. Zij pakken negatief uit voor hoe wij het in de kwaliteitswet en de Wet klachtrecht hebben geregeld. De positie van de cliënt vergt versterking. Beide wetten zijn gericht op een deel van de zorgaanbieders. Grote groepen van zorgaanbieders vallen buiten de huidige regelgeving. De kwaliteitswet is alleen op zorginstellingen gericht en de Wet BIG slechts op solistisch werkende zorgverleners met een beschermde titel. Het aantal eenmanszaken of zzp'ers in de zorg neemt jaarlijks toe met 8.000 tot 10.000. De aanbieders van cosmetische ingrepen en de alternatieve geneeswijzen heb ik al genoemd. Die kennen geen wettelijke eisen voor kwaliteit van zorg en geen regeling voor klachten en geschillen. Daarbij gaat het om 40.000 aanbieders. De IGZ kan daar dus niet of onvoldoende ingrijpen bij excessen.

De huidige wet- en regelgeving biedt geen waarborgen ter bescherming van de zorgverlener bij de in de praktijk al bestaande systemen om veilig een incident te melden. Niet overal waar dat zou moeten, zijn veilige systemen om een incident te melden al praktijk. Mishandeling of dwang uit het Wetboek van Strafrecht vallen niet onder de huidige meldplicht voor zorgaanbieders bij de inspectie. Zorgverleners die wegens ernstig disfunctioneren zijn ontslagen, zijn vaak niet bij de inspectie in beeld, omdat dergelijke ontslagen nu nog niet bij de inspectie hoeven te worden gemeld. Er zijn nog steeds zorgaanbieders die de cliënten niet of te laat informeren over incidenten. Deze wet regelt dat je als er een incident plaatsheeft, ook de patiënt die het betreft, moet melden dat er iets mis is gegaan.

Wat is nu niet mogelijk en wordt met de Wkkgz wel mogelijk? De eindverantwoordelijkheid van de raad van bestuur voor de kwaliteit van zorg is in de Wkkgz verder uitgewerkt en dus kan zo'n raad van bestuur daar ook meer op aangesproken worden. De reikwijdte is breder, zoals ik al zei. Het recht op keuze-informatie voor de cliënt is vastgelegd in de Wkkgz. Ik vind het echt een modernisering dat wordt aangegeven uit welke opties een patiënt kan kiezen en wat de plussen en minnen zijn van die opties.

De Wkkgz vormt door de geschillencommissie een laagdrempelig en betaalbaar alternatief voor de civiele rechter, voor die gevallen waarin de cliënt en de zorgaanbieder samen niet tot een oplossing kunnen komen. Die onafhankelijke geschilleninstantie vind ik een belangrijk onderdeel van de wet. We kennen allemaal voorbeelden van medische zaken die voor de rechter worden gebracht, en die soms zeven jaar duren. Je moet veel geld hebben voor advocaten om die procedures te kunnen voeren. De patiënten die dat hebben meegemaakt, zijn grote voorstanders van die geschillencommissie die er tussenin gaat zitten. Natuurlijk kun je altijd direct naar de rechter stappen, maar als er niets is tussen niets en de rechter, is zo'n geschillencommissie toch echt een heel belangrijke stap.

Mevrouw **Nooren** (PvdA):
De minister zegt dat het laagdrempelig is. We hebben nu soms een klachtenfunctionaris of een klachtencommissie die gratis is, maar mensen moeten wel betalen voor de geschillencommissie en krijgen dat geld alleen terug als zij in het gelijk worden gesteld. Komt zij nog terug op mijn vraag daarover?

Minister **Schippers**:
Ik ben nu bij de eerste spreker, van het CDA, dus het loopt nog een tijdje door. Maar ik kan nu al antwoord geven, namelijk dat je dat zelf afspreekt. Het is nu op €50 gesteld. Je kunt ook afspreken dat je het op nul stelt. Ik zeg toe dat ik in de evaluatie expliciet zal meenemen hoe dat zich in de praktijk ontwikkelt.

Dan kom ik op de drietrapsraket, een alternatief voorstel van de LHV. Deze lijkt mij onnodige juridisering en stapeling in de hand te werken. De Wkkgz zet in op het informeel oplossen van klachten en claims. In lijn met het voorstel van de LHV wordt eerst geprobeerd om er onderling uit te komen door de klachtenfunctionaris. Als je er onderling niet uitkomt, kan de geschilleninstantie uitkomst bieden, als alternatief voor de gang naar de rechter. De cliënt heeft dus de keuze; hij kan naar de geschillencommissie, maar hij kan ook naar de rechter. Als je daar een klachtencommissie tussen zet, is dat een extra stap. Dat leidt tot extra kosten en extra bureaucratie. Het mag wel, maar deze wet schrijft het niet voor.

Er werd gesteld dat de eerste lijn in 2013 goed is geëvalueerd en voldoende is bevonden. Je kunt wel van mening verschillen over de vraag of deze goed geëvalueerd is, als je de uitkomsten ziet, bijvoorbeeld hoeveel patiënten aangaven weleens iets te hebben meegemaakt dat niet goed ging. 27% van de patiënten is er niet met de huisarts uitgekomen en uiteindelijk weggegaan bij de huisarts, dus dat is meer dan een kwart. Je ziet dat 48% tevreden is over de reactie van de huisarts, maar je ziet ook dat 17% naar een collega van die huisarts is gegaan. Je ziet grote, niet-verklaarbare verschillen in aantallen ingediende klachten per commissie. Je ziet lastig te interpreteren informatie in jaarverslagen. Iedereen kan zijn eigen oordeel hebben over dat NIVEL-onderzoek, maar ons oordeel is dat het niet zo goed is geëvalueerd.

Wat kun je doen met die eerste lijn? Dan moet je het wel proportioneel weten te organiseren. Wij verwachten niet dat alle huisartsen zelf een klachtenfunctionaris in dienst nemen. Dat zou echt onwerkbaar worden, maar je kunt als regiovereniging een klachtenfunctionaris in dienst nemen, zodat je die deelt. Je kunt het ook door de brancheorganisatie laten regelen, die bijvoorbeeld regionale kamers of afdelingen maakt. Je kunt dat op allerlei verschillende manieren organiseren. Wij zijn zeer bereid om daarbij te helpen en suggesties aan te reiken in de eerste lijn, waar het al heel goed loopt.

Komt de cliënt niet nog meer alleen te staan? Ik denk het niet, want die klachtenfunctionaris is een persoon van vlees en bloed, waar je echt kunt binnenlopen, die je kunt bellen of mailen en die kan helpen als je niet meer weet wat je met een klacht aan moet. Een cliënt kan ook het Landelijk Meldpunt Zorg bellen. Dat kun je inschakelen. Dat is niet iemand die aan het werk gaat voor de cliënt, maar de procedure wordt bewaakt. Men kan zeggen: er is iets ingediend, de termijn is verlopen, waarom hebt u niet gereageerd et cetera.

Als de cliënt er niet uitkomt met de zorgaanbieder, kan hij terecht bij de geschilleninstantie. Dat is veel toegankelijker en sneller dan de gang naar de rechter. De cliënt krijgt recht op informatie over een incident. Uit recent onderzoek van de NPCF blijkt dat dit maar wat nodig is. De cliënt krijgt recht op keuze-informatie, bijvoorbeeld over het succespercentage bij een bepaalde operatie bij een zorgaanbieder. Dat zijn voorbeelden die maken dat de positie van de cliënt echt beter gaat worden.

Er is ook gevraagd waarom de vertrouwenspersoon in de psychiatrie niet als belangenbehartiger van de patiënt kan worden ingeschakeld. In de geestelijke gezondheidszorg zijn er inderdaad onafhankelijke vertrouwenspersonen. Die worden landelijk gefinancierd en niet door de zorgaanbieder. Als de zorgaanbieder ervoor kiest dat zo'n vertrouwenspersoon deze rol op zich neemt, in afstemming met de cliëntenvertegenwoordiging, kan dat. Dan is hij niet meer onafhankelijk, maar dan is hij meer in het belang van de cliënt bezig. Dat kan dus alleen als de aanbieder dat ook expliciet ziet zitten.

Heeft de cliënt de facto na een bindend advies geen beroepsmogelijkheid meer, omdat de rechter alleen marginaal toetst? Je hebt geschillenbeslechting in de gezondheidszorg en als sluitstuk van het stelsel heb je uiteindelijk altijd nog de mogelijkheid om naar de rechter te stappen. Dat is aan de cliënt; die kan daar altijd voor kiezen. Het klopt dat de rechter zal toetsen of het procedureel goed is gegaan en of alles wel goed is verlopen. Als de uitspraak heel erg vreemd en raar is, kan de rechter er ook inhoudelijk naar kijken, maar dan moet deze wel heel afwijkend zijn. Anders zou het inderdaad een procedurele toets zijn. Dit was eigenlijk een herhaling van zetten van het oordeel over hoe goed de klachtencommissie functioneert.

Mevrouw **Martens** (CDA):
Ik wil even bevestigen wat de minister zegt. De facto vervalt dus de beroepsmogelijkheid omdat de rechter alleen maar procedureel toetst.

Minister **Schippers**:
Je gaat naar de rechter. Die bekijkt of alles ordentelijk verlopen is of niet. Je kunt altijd naar de rechter stappen als je denkt dat je niet goed behandeld bent. Als de uitspraak heel raar en afwijkend is, kan de rechter daar alsnog een oordeel over hebben.

De heer **Bruijn** (VVD):
Als ik het goed begrijp, vervalt de beroepsmogelijkheid dus niet. Men kan nu naar de rechter en dat blijft zo. Men kan ook kiezen voor een geschillencommissie. Als men het daarmee oneens is, kan men alsnog naar de rechter. Het aantal beroepsmogelijkheden wordt dus geenszins verminderd. Het aantal keuzemogelijkheden wordt wel uitgebreid.

Minister **Schippers**:
Ja, het is een laagdrempeliger mogelijkheid die wij toevoegen aan het systeem.

Voorzitter. Ik ga in op de laagdrempeligheid van het huidige systeem. Mevrouw Martens stelde dat de facto de wettelijke basis vervalt van een verplichte, laagdrempelige, goedkope, interne, onafhankelijke klachtenprocedure via de klachtencommissie, dicht bij de zorgverlener en de cliënt. Daar denkt de cliënt blijkens de evaluatie heel anders over. Hij heeft daar niet die warme gevoelens van "laagdrempelig en onafhankelijk" bij. ZonMw en NIVEL signaleren steeds dezelfde signalen over het huidig klachtrecht: klagen bij een klachtencommissie vindt men lastig, de uitkomsten zijn vaak onbevredigend, de klachtencommissie wordt niet als onafhankelijk ervaren, er is behoefte aan een persoonlijk gesprek en de gang naar de civiele rechter is te duur en te zwaar. Die signalen haal ik ook uit gesprekken met patiënten, klachtenfunctionarissen en patiëntverenigingen. Ook het Landelijk Meldpunt Zorg constateert dezelfde signalen.

Mevrouw **Martens** (CDA):
Dit komt telkens terug. Aan de ene kant gaat het om de wettelijke regeling, aan de andere kant is er de ervaring van de patiënt. De vraag is nu of het met de klachtencommissies juridisch niet goed geregeld is. In theorie kun je je voorstellen dat ook bij de geschillencommissies patiënten zeggen: ik ben niet tevreden over de uitspraak; ik vind het helemaal niet laagdrempelig en ik vind het heel moeilijk omdat ik alleen sta. Daar kun je je van alles bij voorstellen. Maar hier is de vraag aan de orde of het juridisch ook anders is. Dat zie ik nog niet. Nu is er een wettelijke basis voor de laagdrempelige klachtencommissies. Als die niet goed functioneren, zou je daar iets aan kunnen doen. Pas daarna, afhankelijk van het functioneren, zeg je misschien iets over de gevoelens van de patiënten.

Minister **Schippers**:
Dat doen we ook, want je moet de klachtencommissie niet vergelijken met de geschillencommissie. Je moet de klachtencommissie vergelijken met de klachtenfunctionaris. De klachtencommissie functioneert niet. Daarom gaan we naar de klachtenfunctionaris, in een veel vrijere vorm en met de mogelijkheid van maatwerk bij een instelling. Instellingen kunnen veel beter zelf bekijken wat bij hen goed werkt. De klachtencommissie moet je dus niet vergelijken met de geschillencommissie, maar met de functionaris.

Mevrouw **Martens** (CDA):
Prima, maar mij ging het er eigenlijk om dat de gevoelens van patiënten vergeleken worden met de juridisch regeling op andere punten. Dat zijn twee heel verschillende dingen.

Minister **Schippers**:
Nee, we hebben nu dwingend voorgeschreven dat de klachtencommissie er moet zijn. Dat is juridisch geregeld. Het blijkt niet te werken. Wij stappen daar dus van af en gaan juridisch regelen dat er functionarissen komen. Dat is de stap die we nemen.

Voorzitter. Ik ga nu in op de definitie van goede zorg versus de definitie van het Zorginstituut. Mij werd gevraagd of ik bereid ben om de definitie van goede zorg zo te formuleren dat deze te zijner tijd automatisch conform de definitie is die het Zorginstituut daarover ontwikkelt, en dat cliënten betrokken worden bij de totstandkoming van toekomstige definities. Dat is precies zoals we het regelen. In artikel 2, tweede lid, onder b van de Wkkgz wordt voor de definitie van goede zorg verwezen naar de professionele standaarden, waaronder de standaarden die in het register van het Zorginstituut zijn ingeschreven. Conform de toezegging aan deze Kamer bij de behandeling van de wet die het Zorginstituut regelt, zal voor standaarden in het register van het Zorginstituut de term "kwaliteitsstandaarden" worden gebruikt. In de Zorgverzekeringswet is geregeld dat professionele standaarden slechts kunnen worden ingeschreven in het register van het Zorginstituut als deze tripartiet worden aangeboden, dus samen met de cliëntorganisaties. Het Zorginstituut toetst of de cliëntorganisaties afdoende zijn betrokken.

Hoe gaat de inspectie het toezicht op 40.000 nieuwe zorgverleners van andere zorg bolwerken? Komen er meer geld en middelen? Wat zijn de maatregelen? Ook werd opgemerkt dat "andere zorg" geen "goede zorg" hoeft te zijn, maar de definitie "geen schade toebrengen" kent. Wij willen graag het volgende bij misstanden in relatie tot alternatieve geneeswijzen. Wij hebben geen oordeel over de kwaliteit daarvan, want we kennen daarvoor geen kwaliteitsstandaarden. Wel kan een patiënt een klacht hebben als iemand die alternatieve geneeswijzen beoefent hem onrecht aandoet tijdens een behandeling. Daar kunnen wij nu helemaal niets mee en niets aan doen. Heel veel Nederlanders maken gebruik van alternatieve geneeswijzen. Ik vind het daarom wel van belang dat zij meer rechtszekerheid krijgen, dat zij een klacht kunnen voorleggen aan een klachtenfunctionaris en dat zij kunnen zeggen: ik ben onjuist behandeld en heb een klacht over een zorgverlener. Het gaat er dan niet om of iemand volgens de standaarden werkt, maar wel over hoe een patiënt behandeld is, of hij goed is doorverwezen en of hij anderszins op zo'n manier behandeld is waardoor hij geen schade heeft opgelopen. Inderdaad is de definitie daarvoor dus iets anders. Ik heb mij er ook altijd over verbaasd dat mensen naar allerlei schoonheidsspecialisten gaan die laseren en allerlei andere handelingen verrichten.

Daarbij gaat ontzettend vaak iets mis. Ik wil overigens aan banden leggen wat daar allemaal gebeurt, want ik wil niet dat er zomaar gespoten wordt met geneesmiddelen. De inspectie heeft dus gewoon meer gronden nodig om te kunnen optreden, zowel ten aanzien van de cosmetische zorg als de alternatieve zorg. Het is daarbij niet zo dat de inspectie die 40.000 zorgverleners afgaat, want zij houdt risicogestuurd toezicht. Maar als zij hoort dat er ergens een misstand is, kan zij op basis van deze wet wel veel beter ingrijpen. Het is dus eigenlijk een steun in de rug. Ook deze zorgverleners moeten calamiteiten gewoon netjes melden bij de inspectie. Als zij dat niet doen en ze die niet in de patiëntdossiers opschrijven, kan de inspectie hen daarvoor daadwerkelijk aanpakken. Ik vind het goed dat we daar strakker in gaan opereren en de inspectie wat meer rugdekking geven.

Het gaat ook over het register. De inspectie zei tegen mij: wij worden geacht om de nieuwe toetreders te controleren.

Mevrouw **Bredenoord** (D66):
Ik heb nog een vraag over het vorige punt. De minister zegt dat er een verplichting komt voor zorgaanbieders om patiënten of cliënten te informeren over de vraag op welke resultaten een behandeling gebaseerd is. Zij noemde de alternatieve zorgaanbieders. Er staat letterlijk dat er over het al dan niet bestaan van een wetenschappelijk bewezen werkzaamheid van de zorg moet worden geïnformeerd. Hoe gaat de minister dat concreet controleren bij alle zorgaanbieders die niet per se claimen dat ze wetenschappelijk bewezen zorg aanbieden? Dat zijn er immers nogal wat.

Minister **Schippers**:
Wij noemen hen in de wet "verleners van andere zorg". Zij hoeven geen goede zorg te verlenen, omdat je daar richtlijnen, protocollen et cetera voor hebt, die hiervoor anders liggen. Het moet gaan om zorg die geen schade toebrengt, want van alternatieve zorg is juist een kenmerk dat er geen standaarden voor zijn die bij het Kwaliteitsinstituut zijn ingeschreven.

Mevrouw **Bredenoord** (D66):
Als ik het goed begrijp, is goede zorg dus wetenschappelijk bewezen zorg, en heeft andere zorg als standaard dat het geen schade toebrengt. Dat is het onderscheid.

Minister **Schippers**:
Ja, wij kunnen niet beoordelen welke alternatieve zorg goed is, omdat wij daar geen standaarden en wetenschappelijke evidence base voor hebben. Maar de inspectie kan wel bewijzen dat een alternatieve zorgverlener schade heeft toegebracht aan een patiënt. En dat mag dus niet.

Mevrouw **Bredenoord** (D66):
Maar feitelijk brengt bij elke invasieve handeling schade aan het lichaam toe, als het letterlijk wordt gezien.

Minister **Schippers**:
Ja, maar een heleboel handelingen mag een alternatieve genezer ook niet doen, want die zijn voorbehouden aan bijvoorbeeld een BIG-geregistreerde. Ik lees dus wel bepaalde dingen in de krant over alternatieve geneesheren die dingen doen waarvan ik denk: dat mag helemaal niet. De inspectie denkt dat dan ook. Zij kan daarop ingrijpen en met deze wet kan ze dat net wat gemakkelijker.

Mevrouw **Bredenoord** (D66):
Dank voor de verduidelijking.

Minister **Schippers**:
Ik kom dan op het register. Een heleboel dingen die je in Nederland wilt starten, moet je aanmelden in een register. Het heeft mij altijd verbaasd dat je een kliniek kunt openen zonder die te hoeven aanmelden. De inspectie moest een instelling zes maanden na de start controleren en zat daarbij met een groot probleem. Ze moest dan in het Handelsregister kijken. Als ze dat deed en langskwam, had de instelling zich wel in het Handelsregister ingeschreven, maar was ze nog lang niet van start gegaan.

Voorzitter: Broekers-Knol

Minister **Schippers**:
Er kwamen allerlei dingen naar boven waarvan we zeiden: hoe kun je nou toezicht houden op een sector waarbinnen je niet eens hoeft te melden dat je medische handelingen gaat verrichten? We gaan dus een register inkleden waarin alle zorgverleners worden opgenomen. Dat geldt ook voor verleners van de zogeheten "andere zorg". Dat is geen waarborg voor kwaliteit. Die wordt ook helemaal niet getoetst. Het gaat erom dat de NZa en de IGZ weten waar en door wie er zorg wordt verleend, zodat zij daarop ook daadwerkelijk gemakkelijk kunnen toezien en geen klinieken hoeven opzoeken via telefoonboeken en met speurtochten. Zij hebben door dat register alle zorgaanbieders in beeld. Zo kunnen ze dan ook risicogestuurd toezicht op aanbieders houden.

Laten we eerlijk zijn: als je in Nederland een tattooshop begint, moet je een vergunning vragen. Als je een kliniek opende, hoefde je je echter nergens te registreren. Dat was toch iets wat ik in ieder geval heel moeilijk kon uitleggen. Ik denk dus dat het ongelooflijk belangrijk is dat we in ieder geval in beeld hebben dat er zorgverleners zijn en waar zij zitten.

Er gaat veel goed. Dat is zo. Ik heb ook aangegeven hoeveel diagnoses er gesteld worden en hoeveel zorg er verleend wordt. Er gaat ongelooflijk veel goed. Als je met een aanscherping van een wet komt, is het altijd lastig dat je focust op dat wat niet goed gaat. Ik maak deze wet echter helemaal niet voor wat er goed gaat. Voor dat wat goed gaat, hoeft men ook niks extra's te doen, want dat werkt al goed. Ik wil heel graag dat we het gat dichten daar waar het niet goed gaat. We hebben geen wet voor mensen die voor een rood stoplicht stoppen. We hebben juist een wet en sancties voor mensen die door rood rijden. In het zorgstelsel is er een evenwicht tussen drie partijen: de aanbieder, de verzekeraar en de cliënten. Bij deze wet gaat het erom dat cliënten in

een moderne wet te weinig rechten hadden. Die worden in deze wet gegeven, maar ook verhelderd voor zorgverleners.

Mevrouw **Martens** (CDA):
Ik constateer dat dit een voorbeeld is waarin de minister een andere kijk op de werkelijkheid heeft dan de zorgaanbieders die het volgens de minister al goed doen. Zij zeggen juist dat ze met deze wet regelingen moeten veranderen en functies moeten beschrijven, ook al doen ze het goed. Het is vaak niet een-op-een hetzelfde als de wet voorstelt.

Minister **Schippers**:
Ik vind dat "het goed doen" betekent dat alle partijen tevreden zijn. Als een van de drie nou echt ontevreden is over hoe we het geregeld hebben, en we een manier vinden waarop we het vrij praktisch kunnen regelen, dan denk ik dat dit eigenlijk een heel redelijk verzoek is, ook als je kijkt naar de kosten die je per instelling vraagt. Het voorstel heeft veel vrijheidsgraden voor aanbieders. Wij dwingen hen helemaal niet in een keurslijf. Er is per sector ontzettend veel maatwerk mogelijk. Wel heb ik de zorgen van de Kamer goed gehoord, over de vraag of alle kleine zorgaanbieders dit wel kunnen meemaken en hoe het zit met de eenpitters. De overheid heeft dus de plicht om die zorgen serieus te nemen en samen oplossingen te zoeken waar zij zich ook gelukkig bij voelen.

Mevrouw **Martens** (CDA):
Over wat de kosten zijn, verschillen de visies. De minister zegt: degenen die het goed doen, hoeven niks extra's te doen. Zij doen het immers al goed. Diegenen die al goed werken en bij wie de klachtenregeling al goed werkt, zeggen: met deze wet moeten we juist heel veel nieuwe dingen doen; we hebben nieuwe verplichtingen en moeten functies anders gaan beschrijven. Ze zeggen: het gaat wel goed, maar het beantwoordt niet een-op-een aan de wet; het is wel in de geest van de wet, maar het voldoet niet aan de wet. De minister hoeft hier niet op te reageren. Dat mag natuurlijk wel, maar het is eigenlijk een constatering die ik graag wil doen.

Minister **Schippers**:
Ik zou mevrouw Martens dan willen vragen om in haar overweging ook de onderzoeken mee te nemen waarop deze wetswijziging berust. De conclusies daaruit liegen er namelijk niet om. We hebben Actal naar de regeldruk laten kijken. Die betwisten wij niet. Zij betwisten ons ook niet. We hebben hun regeldruk omgerekend naar instellingen. Op basis van het rapport van Actal heeft Sira in november 2014 omgerekend wat dit nou eigenlijk per instelling betekent.

De heer **Bruijn** (VVD):
Ik wil mevrouw Martens graag bijvallen. Ik ben het namelijk met haar eens dat er verschillende beelden van de werkelijkheid zijn. Haar beeld van de werkelijkheid is ook weer anders dan het beeld van de werkelijkheid dat mijn fractie percipieert na verschillende gesprekken met het veld. Van diegenen die al een klachtenfunctionaris hebben en die al bij een geschillencommissie aangesloten zijn, kregen we te horen dat ze dit wetsvoorstel in die zin overbodig vinden dat ze dit al doen. Ze zijn echter blij dat de nog niet geregistreerde en aan kwaliteitssystemen onderhevige hulpverleners hier nu ook bij betrokken worden. Daar heb ik zeker niet het verhaal gehoord dat men het zo jammer vindt dat men voortaan €100 per jaar extra kwijt is, of laat het €500 zijn, om zeker te weten dat voortaan alle beroepsbeoefenaren en alle collega's dit systeem in redelijke mate voor elkaar moeten hebben. Onze perceptie van de werkelijkheid verschilt inderdaad met die van het CDA, en zelfs in vrij sterke mate.

Mevrouw **Martens** (CDA):
Actal heeft een paar weken geleden nog gemeld dat bij de laatste berekeningen, ook van Sira, niet alle elementen van regeldruk zijn meegenomen. De minister verwijst naar 2014, maar die informatie is iets ouder dan die waarover ze mij informeerden of wat in de brief van november 2014 staat.

Minister **Schippers**:
Actal heeft conform de standaardprocedure 2009-2010 een ex-antefase advies gegeven voor de ministerraad ten aanzien van de regeldruk van het wetsvoorstel voor de Wcz. Dat betrof vier onderdelen. Via een nota van wijziging is het wetsvoorstel voor de Wkkgz geworden zoals het nu voorligt. Dat is dus een heel ander wetsvoorstel. De Eerste Kamer heeft advies gevraagd om de regeldruk aan mij in kaart te brengen. Het Sira-rapport is in november 2014 gemaakt. Daar heeft Actal advies over gegeven. Deze set, dus de regeldruktoets van Sira en het advies van Actal, is in november 2014 naar de Eerste Kamer gezonden. Dat is de relevante regeldruktoets. Naar aanleiding van de inbreng van de Eerste Kamer hebben we Actal nog even gebeld om te vragen of we iets gemist hebben en of het daarna nog een toets heeft gedaan. Dat is niet het geval. De Actal-toets die ik voor me heb liggen, is de toets waaruit blijkt dat de regeldruk voor bedrijven 8,9 miljoen is en die voor de burger 1 miljoen. Samen is dat 9,9 miljoen. Dat is afgerond 10 miljoen. Als je dat omrekent naar instellingen, kom je op een gemiddelde lastendruk, waarover Sira heeft gezegd: als je het efficiënter zou doen dan het gemiddelde, kom je op die €20 à €30. Daar moet je wel iets voor doen. Daarom vind ik ook dat we gemotiveerd moeten zijn om het land door te trekken, om mensen daadwerkelijk te laten zien hoe je het dan zo efficiënt mogelijk zou kunnen doen.

Ik heb over de uitvoeringslasten van de kleine zorgaanbieder al aangegeven dat we er alles aan doen om het zo efficiënt mogelijk te laten inrichten. Ik zal het thema regeldruk ten gevolge van de Wkkgz expliciet meenemen in de evaluatie van de wet, zoals de VVD-fractie mij heeft gevraagd.

Ik denk dat ik de redenering van de heer Bruijn volg wat betreft de stijging van claims door informele geschilbeslechting. Ik zou daarbij richting D66 willen aangeven dat de zes weken zijn ingesteld omdat mensen die klagen bij een klachtencommissie soms maanden moesten wachten. Waarom hebben we die zes weken ingesteld? Zodat ze wat horen. Moet het in zes weken afgerond zijn? Nou, dat kan soms helemaal niet. Soms heb je een onderzoek nodig, of moet je navraag doen. Het is echter niet meer dan normaal dat je binnen zes weken van de klachtenfunctionaris hoort dat je klacht is opgepakt, dat er een eerste gesprek over is gevoerd, of dat geconstateerd is dat een onderzoek nodig is dat misschien wel drie maanden kan duren. Dus het lijkt

mij soms heel logisch dat je het niet allemaal binnen zes weken en een verlenging van vier weken echt helemaal kunt afronden. Als dat wel kan, kan het wel. Maar juist omdat mensen ontzettend lang moesten wachten werd het allemaal maar groter en groter. Als je in plaats daarvan er snel bij bent en snel rond de tafel komt, krijg je een snelle afhandeling en zit je veel lager in de escalatieladder. Die denktrant van de heer Bruijn deel ik.

Mevrouw **Bredenoord** (D66):
Dus als ik het goed begrijp, heeft die zeswekengrens twee functies. De eerste functie is dat er binnen zes weken een reactie bij de patiënt moet komen. De tweede functie is dat na zes weken de patiënt zelf mag besluiten om naar de geschillencommissie te stappen. Dat doet dus die zeswekengrens?

Minister **Schippers**:
In die zes weken moet je het opgepakt hebben, moet je ermee aan de slag zijn gegaan, moet je ermee aan het werk zijn gegaan. Je hebt daarna nog vier weken uitstel. Maar stel dat het na die tien weken niet afgerond is en dat de patiënt dan zegt: "mijn geduld is op, ik ga naar de geschillencommissie", terwijl er alle reden is waarom het niet opgelost kan zijn. Er is een onderzoek, er wordt een deskundige gevraagd, er wordt iemand geraadpleegd. Dan zegt de geschillencommissie: ja sorry, maar daar moet u dan maar even op wachten. Het gaat er natuurlijk om dat we in alle redelijkheid met die termijnen aangeven dat het wel de bedoeling is dat het meteen wordt opgepakt en dat men meteen aan de slag gaat, juist voor die de-escalatie, maar dat er wel in alle redelijkheid wordt gekeken naar de afhandeling van zo'n klacht en de tijdsduur die daarvoor nodig is.

Mevrouw **Bredenoord** (D66):
Ik snap toch nog niet helemaal of een patiënt dan na zes weken naar de geschillencommissie mag of na tien weken.

Minister **Schippers**:
De patiënt mag naar de geschillencommissie wanneer hij wil, maar de geschillencommissie zal dan zeggen: maar u hebt niet eens de reactie afgewacht van uw instelling, dus het lijkt mij dat u eerst toch maar terug moet gaan. Ook het Landelijk Meldpunt Zorg zal dan terugverwijzen en niet naar de geschillencommissie. Maar het is niet de bedoeling dat je de zaak drie maanden laat liggen en dan nog eens een onderzoek gaat starten.

De **voorzitter**:
Tot slot op dit punt, mevrouw Bredenoord.

Mevrouw **Bredenoord** (D66):
Ik had het zo begrepen dat zes weken eigenlijk de drempel was. De patiënt gaat eerst naar de klachtenfunctionaris en dan eventueel naar de geschillencommissie, maar u zegt dus eigenlijk dat de patiënt dat traject eigenlijk zelf mag bepalen.

Minister **Schippers**:
Ja, alleen is je zaak natuurlijk niet heel erg sterk als je na drie weken niet het antwoord hebt afgewacht en naar de geschillencommissie gaat. Dan is de kans dat de geschillencommissie zegt: "wat komt u hier eigenlijk doen?" heel groot. Dat zie je in de praktijk ook niet gebeuren. Wat je in de praktijk wel ziet gebeuren in de huidige situatie is dat het heel lang duurt voordat er uiteindelijk een afhandeling van een zaak is. Dan krijg je nog digitaal gelijk/geen gelijk.

De heer **Don** (SP):
Ik vind wel dat de minister een hele hoop moet weten, maar dat even terzijde. Nu ben ik huisarts, ik heb een patiënt die een klacht indient, ik heb een onafhankelijke klachtenfunctionaris en die komt er met de patiënt niet uit. Wat gebeurt er dan? De patiënt zegt: ik heb een klacht, ik word niet gehoord. Dan zou eigenlijk direct de patiënt door moeten gaan naar de geschillencommissie, dat is de lijn die ons voor ogen staat. Maar dan ontbreekt er toch iets? Die huisarts moet dan immers als het ware een klacht over zichzelf beantwoorden. Dus dat vind ik een wat verwarrende situatie.

De **voorzitter**:
Via de voorzitter graag, mijnheer Don.

Minister **Schippers**:
Er worden eisen gesteld aan de klachtenprocedure, die ook wordt getoetst door de inspectie. Dus het is niet zo dat de huisarts zijn eigen klacht beoordeelt. Er is een klachtenfunctionaris die is ingesteld met instemming van, in dit geval, een patiëntenvereniging in de regio, zeg de regio Utrecht, misschien door alle huisartsen in Utrecht samen. Die hebben daar zo'n klachtenfunctionaris zitten. Dan ga je over huisarts X naar die klachtenfunctionaris, die probeert te bemiddelen in die klacht. Ik belemmer de patiënt niet als hij naar de rechter stapt; alleen zal de rechter zeggen: sorry, maar wat hebt u er eigenlijk zelf aan geprobeerd en is dit gerechtvaardigd? Ik kan me ook voorstellen dat je bijvoorbeeld een klacht hebt over seksueel geweld en dat je dan helemaal niet zit te wachten op bemiddeling met je huisarts, want met hem wil je niet rond de tafel zitten omdat je een klacht hebt over seksueel geweld. Het kan dat je dan direct naar de geschillencommissie of naar de rechter stapt, maar voor een heleboel klachten van een heel andere aard zal de geschillencommissie en de rechter ook kijken in hoeverre je in gesprek bent gegaan om eruit te komen.

De heer **Don** (SP):
De LHV …

De **voorzitter**:
Mijnheer Don …

De heer **Don** (SP):
Mevrouw de voorzitter, ik bega weer de fout. De LHV vreest wel dat de slager zijn eigen vlees moet gaan keuren. Maar u voorziet dus niet dat de huisarts een klacht moet beoordelen die tegen hemzelf gericht is?

Minister **Schippers**:
Nee, omdat in de praktijk zal gebeuren wat wij al zien bij sommige huisartsengroepen. Daar zie je vaak dat in een regionaal verband enkele klachtenfunctionarissen worden aangesteld. Dan ga je naar zo'n klachtenfunctionaris. Als het goed is, ga je eerst naar de huisarts en zeg je: huisarts, ik vind het toch wel heel vervelend dat dit zo loopt. Als die huisarts zegt: "ik heb daar geen tijd voor", ga je naar de klachtenfunctionaris en zeg je: ik vind het toch wel vervelend dat die huisarts niet eens mijn klacht wil aanhoren. Zo moet het eigenlijk gaan. Dus het liefst eerst naar de eigen zorgverlener, maar als dat niks wordt, kun je naar een klachtenfunctionaris stappen. Dat is niet je eigen huisarts, maar een functionaris die moet voldoen aan de eisen van de beroepsgroep van functionarissen. Die eisen worden door de inspectie als veldnorm gehanteerd.

De **voorzitter**:
Tot slot, mijnheer Don, op dit punt.

De heer **Don** (SP):
Nee, dank u wel, voorzitter, ik ben klaar.

Minister **Schippers**:
Ik kan toezeggen dat ik in de evaluatie ook aandacht zal besteden aan de nieuwe klachten- en geschillenregeling, waaronder de ontwikkeling van aantallen klachten en claims. Ik zal uw Kamer vooraf informeren over de opzet van de evaluatie.

Wat zal er nu precies gemeten worden bij de nulmeting? Wordt er gekeken naar het aantal claims, per tijdseenheid, meldingen, procedures, patiënttevredenheid, tevredenheid bij zorgverleners en zorgaanbieders? Naar al die thema's zal worden gekeken bij de nulmeting. Ik ben voornemens het onderzoek op dit terrein dat al beschikbaar is te bundelen in een metastudie. Die metastudie moet aangeven wat momenteel de stand van zaken is met betrekking tot de thema's die de heer Bruijn noemt. Het centrale thema van de Wkkgz is openheid over en leren van klachten en incidenten ter verbetering van de kwaliteit van zorg.

In de evaluatie na vijf jaar gaat het er met name om, te bezien of dat doel wordt bereikt. Ook moet dan in ieder geval helder worden hoe de ontwikkeling in het aantal geschillen bij de geschilleninstanties en het aantal financiële claims is geweest. Ik ben al ingegaan op het voorstel van de LHV waarin beide worden voorgesteld.

De angst voor ondermijning van meldingsbereidheid is naar voren gebracht door de KNMG en de Brancheorganisaties Zorg. Tot nu toe is veilig melden van incidenten helemaal niet wettelijk beschermd. Ik heb net al aangegeven dat er met deze wet juist een wettelijke bescherming komt voor het veilig melden, die er nu eigenlijk niet is, althans niet in deze omvang. Het OM moet dus ook uitermate zorgvuldig zijn. Het is een uiterste geval dat zij kan bekijken.

Wat de waarborgen voor de positie van de zorgverlener betreft, de Wkkgz regelt de rechten en plichten over er weer tussen zorgaanbieders en cliënten. De wet bevat daarom ook diverse bepalingen die de positie van de zorgverlener beschermen. De beschermer van de zorgverlener is de geheimhouding die geregeld is voor het veilig melden van incidenten en de klachten- en geschillenprocedures. Dat sluit aan bij het beroepsgeheim van een zorgverlener. Als een zorgverlener een cliënt of zijn vertegenwoordiger informeert over een incident op grond van artikel 10 van de Wkkgz, schendt hij daarmee niet zijn beroepsgeheim. Het blijft informatie in de behandelrelatie tussen zorgverlener en cliënt. In de Wkkgz is voor de IGZ-inspecteurs een van de zorgverleners afgeleid beroepsgeheim opgelegd. Een melding aan hen van een calamiteit, geweld in de zorgrelatie of ontslag wegens ernstig disfunctioneren druist niet in tegen het beroepsgeheim.

De geschilleninstantie past hoor en wederhoor toe en is verplicht om uitspraken zodanig openbaar te maken dat deze niet herleidbaar zijn tot personen. Dat geldt ook voor solisten. Het laagdrempelig oplossen van klachten en de rol van de klachtenfunctionaris zijn daarbij ook in het belang van de zorgverleners. Dus ik denk dat er daarmee afdoende garanties voor de positie van de zorgverleners zijn.

De cliënt kan altijd kiezen. Hij kan kiezen voor de burgerlijke rechter of voor de geschilleninstantie. De geschilleninstantie is een vorm van buitengerechtelijke conflictoplossing. In veel gevallen zal deze procedure sneller, goedkoper en effectiever zijn dan een gang naar de burgerlijke rechter.

Ik deel de mening dat de cliënt goede voorlichting moet krijgen over de keuze voor een geschilleninstantie of voor de burgerlijke rechter. Ik zal bij de verdere implementatie van het wetsvoorstel uitdrukkelijk aandacht geven aan deze voorlichting. De klachtenfunctionaris vervult hierbij ook een belangrijke rol. Hij kan de cliënt voorlichten over de verschillende routes en hij kan de verwachtingen managen. Ook heb ik een waarborg in de wet zelf opgenomen. De zorgaanbieder is verplicht om de cliënt goed over de klachten- en geschillenprocedure te informeren. Dat betekent dat de inspectie daarop toeziet en zo nodig kan optreden.

Wat doe ik met de suggesties van het veld over de aan de klachtenfunctionaris te stellen kwaliteitseisen? Ik weet niet precies op welke suggesties wordt gedoeld, maar tijdens de behandeling in de Tweede Kamer is uitvoerig gesproken over de kwaliteitseisen voor de klachtenfunctionaris. Ik zal in het uitvoeringsbesluit basiseisen opnemen ter waarborging van de onafhankelijkheid en deskundigheid van de klachtenfunctionaris. Wat betreft de inhoudelijke kwaliteitseis verwijs ik naar de geldende beroepsnormen en de taakomschrijving, zoals die door de vereniging van klachtenfunctionarissen zijn ontwikkeld. Ik vind het belangrijk dat zorgaanbieders de ruimte hebben om de klachtenafhandeling zo in te richten dat die past bij de eigen organisatie en omgeving. Dat moeten ze in hun eigen klachtenregeling neerleggen die in overeenstemming met de cliëntenorganisaties moet zijn opgesteld.

De heer **Bruijn** (VVD):
Daarop zag mijn vraag.

Dan nog iets over het voorlaatste punt. Het expliciet aangereikt krijgen van die keuzemogelijkheden voor de patiënt, is dat iets om in de evaluatie mee te nemen? Is de minister bereid om te kijken of dat kan?

Minister **Schippers**:
Dat lijkt mij prima.

Er is gevraagd of de geschilleninstantie onbevoegd is als het gaat om een schadevergoeding boven de €25.000. De fracties van VVD en CDA hebben de competentiegrens verhoogd tot €25.000. Oorspronkelijk was die €10.000. Dat bedrag is verhoogd tot €25.000. Dat betekent dat de geschilleninstantie in ieder geval bevoegd moet zijn een bedrag tot €25.000 aan schadevergoeding toe te kennen. Dat wordt overigens al toegepast door bijvoorbeeld de Geschillencommissie Zelfstandige Klinieken, die al langere tijd de grens van €25.000 hanteert. Aanbieders en cliëntenorganisaties kunnen samen afspreken een nog hoger maximum dan €25.000 aan te houden. Overigens sluiten wij wat dat betreft ook aan bij het maximum van de kantonrechter. Dat bedrag van €25.000 is dus niet willekeurig gekozen.

Wat betekent een bindend advies van de geschilleninstantie? De leden van de VVD verwijzen wat dit betreft naar de titel 15, boek 7 BW, artikel 7.900. Verder resulteert dit in een vaststellingsovereenkomst. Hoe kan de uitvoering van de uitspraak worden afgedwongen? De geschillencommissie stelt vast wat rechtens geldt tussen partijen. De uitspraak van de geschilleninstantie is bindend. Beide partijen hebben zich van te voren aan dat oordeel onderworpen. De zorgaanbieder door via de aansluiting bij een geschilleninstantie die wijze van afhandeling open te stellen en de klager door zijn zaak aan de instantie voor te leggen. Uitgangspunt is dat beide partijen zich aan dat bindend advies houden. Er is in elk geval geen beroep op de rechter mogelijk. Een bindend advies is echter geen vonnis van een rechter en biedt dus als zodanig geen rechtstreekse basis voor de tenuitvoerlegging. Wanneer een van de partijen het bindend advies niet nakomt, kan de andere partij de rechter inschakelen. Die neemt de beslissing over het algemeen over, maar dat is aan de rechter. De rechter zal dan een vonnis wijzen dat is voorzien van de aantekening dat het vonnis ten uitvoer moet worden gelegd. Dit levert dan een executoriale titel op. Daarmee mag een deurwaarder een vonnis ten uitvoer leggen.

Klopt het dat de geschilleninstantie wel een bindend advies, maar geen boete of waarschuwing kan opleggen? Dat klopt. Er kan geen boete of waarschuwing worden opgelegd. De geschilleninstantie staat niet gelijk aan een toezichthouder die sancties of een boete kan opleggen, of een waarschuwing kan afgeven. Daar hebben wij andere instanties voor, zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg. In de laatste nota naar aanleiding van het verslag staat dat een uitspraak ook het opleggen van een verbod en het geven van een verklaring voor recht kan inhouden. Dat is niet eerder aan de orde geweest.

Wat kan een uitspraak van de geschillencommissie zoal inhouden? Als de cliënt besluit om gebruik te maken van de door de zorgaanbieder geboden mogelijkheid om een geschil voor te leggen aan de geschilleninstantie, komt daarmee tussen hem en de zorgaanbieder een zogenaamde vaststellingsovereenkomst tot stand. De geschillencommissie stelt in haar bindend advies over een voorgelegd geschil vast welke verplichtingen de partijen jegens elkaar hebben. De geschillencommissie kan vaststellen dat de zorgaanbieder correct heeft gehandeld, in overeenstemming met wat van hem op grond van de wet mocht worden verwacht. De geschilleninstantie kan ook vaststellen dat de zorgaanbieder op bepaalde punten verplichtingen jegens de cliënt heeft geschonden en die alsnog moet nakomen. Ook kan de geschilleninstantie eventueel vaststellen dat de zorgaanbieder tot een schadevergoeding is gehouden. De cliënt heeft er op basis van dat bindend advies vervolgens recht op dat de zorgaanbieder die verplichting nakomt.

De formulering "verklaring voor recht" is in de nota naar aanleiding van het verslag gebruikt waar het ging om een zogenaamde collectieve actie van een cliëntenorganisatie. Omdat een vordering tot vergoeding van schade bij de geschilleninstantie voor deze organisaties, net als in het kader van een collectieve actie, bij de burgerlijke rechter niet mogelijk is gemaakt, blijft in dat geval over dat de geschilleninstantie in haar bindend advies kan vaststellen waartoe de zorgaanbieder is gehouden. Deze verklaring voor recht stelt, net zoals dat in een geschil van een individuele cliënt met de zorgaanbieder het geval is, vast wat de rechtsverhouding tussen partijen is en waartoe de zorgaanbieder eventueel jegens de cliëntenorganisatie is gehouden. In praktische zin kan het daarbij gaan om de vaststelling dat de zorgaanbieder iets moet doen, verplichtingen moet nakomen of iets moet nalaten, bijvoorbeeld zich onthouden van handelingen in strijd met zijn verplichtingen. Het laatste komt de facto neer op de vaststelling van een verbod. Om een klein beetje een indicatie te geven: een collectieve actie kan van belang zijn als bijvoorbeeld een cliëntenorganisatie constateert dat in een bepaalde instelling cliënten zonder familie slechter worden behandeld dan cliënten met familie, die namelijk voor hen kan opkomen. Dan kun je je voorstellen dat zoiets gebeurt. Of een collectieve actie kan plaatsvinden in een geval van seksuele intimidatie, waar onvoldoende tegen wordt opgetreden door de zorgaanbieder. Dan kun je je ook voorstellen dat zo'n collectieve actie plaatsvindt.

Op welke manieren kunnen cliënten en zorgverleners invloed uitoefenen op de samenstelling van de geschillencommissie die een zaak behandelt? Dat is op diverse manieren geborgd, op collectief niveau in de wet. Je moet als organisaties van patiënten en zorgaanbieders samen een geschilleninstantie oprichten. Je komt gezamenlijk een reglement overeen. Individueel kun je als partij — dat wordt in een aparte ministeriële regeling geregeld — een lid van de geschilleninstantie wraken. Naast de basiseisen in de regeling hebben partijen de ruimte om onderling extra dingen overeen te komen.

Er is gevraagd of ik wil regelen dat een jurist altijd deel uitmaakt van de commissie. Ja, ik zal enkele basiseisen opnemen in een aparte ministeriële regeling. Daarin leg ik vast dat de voorzitter van de geschilleninstantie in elk geval meester in de rechten moet zijn, ook als er niet wordt gekozen voor aansluiting bij de huidige SGC. In de praktijk van de huidige geschillencommissies is de voorzitter vrijwel altijd een rechter. Bij de formulering van de Erkenningsregeling geschilleninstantie sluit ik aan bij de al bestaande erkenningsregeling van V en J voor geschilbeslechting en consumentenzaken. Die zal aan deze basiseisen moeten voldoen om een erkenning op grond van de wet te krijgen. Ik zal de ministeriële regeling aan de Kamer doen toekomen. Ik ben bereid om het vereiste van juridische expertise bij geschilbeslechting in de wetsevaluatie terug te laten komen.

De SP-fractie heeft zorgen dat de mensen door de bomen het bos niet meer zien. Zij heeft gevraagd in hoeverre de Wkkgz wat dit betreft duidelijkheid of juist onduidelijkheid schept. Ik ben er niet zo bang voor dat er een situatie ontstaat waarin de zorgaanbieders als professionele organisatie door de bomen het bos niet meer zien, omdat een deel van de zorg die zij verlenen onder de ene of de andere wet valt en het andere deel onder de Wmo. Ik vind het wel mooi als wij een kaderwet hebben, maar je kunt maatwerk leveren als instelling. Dat niet alle instellingen het allemaal hetzelfde regelen, is op zich niet zo verkeerd. Juist omdat je als instelling verschillende wetten uitvoert, zul je oog moeten hebben voor de andere instellingen en zul je met elkaar gezamenlijke kaders moeten ontwikkelen, waarbij rekening wordt gehouden met de regels over kwaliteit, klachten en geschillen. Wij zien dat de professionele organisaties, die hun diensten op verschillende terreinen — misschien ook vanuit verschillende werkmaatschappijen — aanbieden binnen verschillende bekostigingssystemen, in staat zijn om in te spelen op de verschillende regels die daarvoor gelden. Overigens is het wetsvoorstel gemaakt om de Jeugdwet onder de Wkkgz te brengen. Over de Wmo hebben wij reeds gesproken.

De heer **Don** (SP):
Ik heb zojuist geprobeerd een vraag te stellen, maar ik heb die niet duidelijk gesteld. Daarom heb ik de vraag geherformuleerd. Die vraag gaat over de huisarts, de eerste lijn. Ik geef een voorbeeld. Een patiënt heeft een klacht. Het lukt de ingeschakelde klachtenfunctionaris niet om die klacht afdoende af te handelen. Vervolgens moet de organisatie — in dit geval de huisarts zelf — wel reageren tegenover de patiënt, want de klachtenfunctionaris werkt in opdracht van de individuele huisarts. Dat levert toch een rare situatie op? In artikel 17 van de Wkkgz staat: "De klager ontvangt zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen zes weken na het indienen van de klacht, een schriftelijke mededeling van de zorgaanbieder waarin met redenen omkleed is aangegeven tot welk oordeel het onderzoek van de klacht heeft geleid." In dit geval is de zorgaanbieder de huisarts zelf. Laten wij in dit voorbeeld uitgaan van een stand alone, die nergens mee verbonden is, wat in de praktijk zal voorkomen. Die maakt dan wel gebruik van een klachtenfunctionaris — dat zegt de wet en dat zal hij dan ook daadwerkelijk wel gaan doen — maar die komt er niet uit. Dat is een uitzonderlijke situatie, maar die zal zich in de praktijk wel gaan voordoen. Ik hoop dat ik nu duidelijk ben geweest.

Minister **Schippers**:
Ik denk niet dat een klachtenfunctionaris, hoe goed hij zijn werk ook doet, alle klachten, zowel over een instelling als over een huisarts, altijd tot een bevredigende oplossing kan brengen. De Stichting Klachtenregeling Huisartsenzorg Zuid-Nederland werkt met een regionale klachtenfunctionaris, die de bemiddelende functie vervult. Dat gaat hartstikke goed. Zal de klachtenfunctionaris altijd alles kunnen oplossen? Nee. Als de klachtenfunctionaris het niet kan oplossen, kan de klager besluiten naar een andere huisarts te gaan. Hij kan ook zeggen dat hij het antwoord op zijn klacht niet bevredigend vindt en naar de Geschillencommissie of de rechter stappen. Dat zullen wij altijd houden. Ook die mogelijkheid creëren wij.

De heer **Don** (SP):
De patiënt heeft een klacht. De klachtenfunctionaris zal altijd een terugkoppeling moeten geven over die klacht aan de zorgorganisatie, in dit geval de individuele huisarts. Zo zal het in de praktijk werken.

Minister **Schippers**:
Hij bemiddelt.

De heer **Don** (SP):
Ja, hij bemiddelt. Als de patiënt en de klachtenfunctionaris er niet uitkomen, kan de patiënt inderdaad voor een andere huisarts kiezen. De klachtenfunctionaris, die als het ware de frontlinie van de huisarts vormt, zal dan toch terugkoppelen dat hij er met de patiënt van de huisarts niet is uitgekomen.

Minister **Schippers**:
De klachtenfunctionaris is niet van de huisarts. De klachtenfunctionaris is ook niet van de patiënt. De klachtenfunctionaris is erop gericht om een bemiddelende rol te spelen bij het vinden van een oplossing van het conflict. Hij is dus geen vooruitgeschoven post van de huisarts.

De **voorzitter**:
Mijnheer Don, u hebt nog een tweede termijn, dus u mag nu alleen nog heel kort reageren.

De heer **Don** (SP):
Ik stop.

De heer **Bruijn** (VVD):
Mijn fractie heeft behoefte aan een kleine opheldering. Wij hebben begrepen dat de intentie van de wet is om een mediationproces te organiseren. De patiënt komt met een klacht, de mediator haalt de huisarts erbij en vraagt de huisarts om op die klacht te reageren. Vervolgens kan niet gezegd worden dat de patiënt er met de mediator niet uitkomt. De patiënt komt er met de huisarts niet uit, ondanks de inspanningen van de mediator. De patiënt kan dus nooit zeggen dat hij er met de mediator niet uitkomt. Nee, de mediator probeert de twee partijen er samen uit te laten komen. Komen zij er niet uit, dan staan de patiënt nog alle stappen ter beschikking om naar de rechter of de geschillencommissie te gaan. Dit is de interpretatie van mijn fractie. De vraag aan de minister is of mijn fractie dit juist heeft begrepen. In dat geval immers zal de huisarts niet gaan oordelen over zichzelf. Voor die situatie zou ook ik bevreesd zijn. Nee, de huisarts wordt de mogelijkheid tot weerwoord en discussie geboden. Ziet mijn fractie dat juist?

Minister **Schippers**:
Ik kan het blijkbaar zelf niet zo goed verwoorden, maar het is wel precies wat ik betoog.

De **voorzitter**:
Mevrouw de minister, hoe lang denkt u nog nodig te hebben?

Minister **Schippers**:
Ik heb ongelofelijk veel vragen gekregen, voorzitter. Ik ben pas bij de derde fractie.

De **voorzitter**:
Dan kan iedereen zich erop voorbereiden dat het een latertje wordt.

Minister **Schippers**:
Vervolgens een opmerking over dwangsituaties. De heer Don vraagt zich af of wij het voor de cliënten die vallen onder de Wet verplichte ggz en de Wet zorg en dwang beter geregeld hebben. Ik ben het van harte eens met de heer Don dat alle cliënten stevige rechtsbescherming verdienen. Ik wijs er echter op dat de bescherming die de wetgeving biedt, aansluit bij de verschillen in positie van de verschillende cliënten. De algemene klacht- en geschillenregeling van de Wkkgz biedt een adequate bescherming voor klachten over vrijwillige zorg. De klachtenregeling en de mogelijkheid van beroep bij de rechter die geregeld zijn in de Wet verplichte ggz en de Wet zorg en dwang hebben betrekking op klachten over beslissingen van de zorgaanbieder, genomen zonder dat de cliënt daarmee heeft ingestemd, dus echt onder dwang. Dat maakt natuurlijk een groot verschil. Daarbij past een zwaarder regime van rechtsbescherming, waarbij de klachtcommissie bindende beslissingen kan nemen, waarna de betrokkene in beroep kan bij de rechter. De achterliggende vraag van de heer Don of de verschillende klachtenprocedures binnen de verschillende zorgwetten niet leiden tot verbrokkeling van de positie van de cliënt, beantwoord ik ontkennend. Er is veel meer sprake van maatwerk dat past bij de situatie waarin de cliënt zich bevindt.

Er is gesproken over de casus van de gemeente Zoetermeer. Gevraagd is of de staatssecretaris het geweten van de gemeente is geworden omdat hij om onderzoeken heeft gevraagd. De heer Don heeft gelijk dat de gemeente verantwoordelijk is voor de Wmo. De staatssecretaris heeft in de plenaire behandeling van het wetsvoorstel inzake de Wmo in beide Kamers toegezegd dat hij tien vingers aan de pols zal houden. Hij gooit de uitvoering van de Wmo dus niet over de schutting, maar hij is bereid om te bekijken welke problemen er omhoog schieten en met veldpartijen te bezien of die problemen snel opgelost kunnen worden. De bemoeienis van de staatssecretaris bij deze casus moet in het licht van deze toezegging aan de Kamer worden bezien.

Voorts een opmerking over de verhouding tussen klachtencommissie en klachtenfunctionaris. Mogen zorgaanbieders zelf kiezen? De zorgaanbieder moet ervoor zorgen dat er een klachtenfunctionaris is die de klager desgevraagd gratis adviseert en bijstaat bij het formuleren van zijn klacht en bij het vinden van een oplossing via de weg van bemiddeling en onderzoek. De zorgaanbieder mag, als hij dat wil, de behandeling van een deel van de klachten aan een klachtencommissie voorleggen. In de wet, verder uitgewerkt in de AMvB's, zijn waarborgen opgenomen voor het onafhankelijk functioneren van de klachtenfunctionaris in zijn wettelijke rol. Ook als — of juist als — de klachtenfunctionaris door de zorgaanbieder zelf is aangewezen, is aldus zeker gesteld dat de klachtenfunctionaris zich bij zijn werkzaamheden laat leiden door zijn taak en niet door andere belangen.

Als een cliënt van oordeel is dat de klachtenfunctionaris onvoldoende onafhankelijk opereert of kan opereren, kan dat een reden zijn om daarover een specifieke klacht in te dienen en, na afhandeling van de klacht, de geschilleninstantie te benaderen, omdat in dat geval met recht kan worden gesteld dat de klachtenregeling van de zorgaanbieder niet aan de wettelijke eisen voldoet. De inspectie ziet toe op de kwaliteit van de klachtenfunctionarissen.

Gevraagd is welke rol ik zie voor de eventuele ombudsfunctie in de zorg en of die ombudsfunctie een alternatief kan zijn. Uit diverse onderzoeken en ervaringen van het Landelijk Meldpunt Zorg blijkt dat cliënten vaak door de bomen het bos niet meer zien. Daarom wordt in de Wkkgz een verplichte klachtenfunctionaris geïntroduceerd. De cliënt kan bij deze klachtenfunctionaris binnenlopen, of hij kan hem bellen of e-mailen, waarna de klachtenfunctionaris hem verder kan helpen. Daarnaast kan een cliënt die niet weet waar hij met zijn klacht terecht kan ondersteuning vragen bij het Landelijk Meldpunt Zorg. Dat is mede daarvoor opgericht. Het Landelijk Meldpunt Zorg kan ook de procedures in de gaten houden en bijvoorbeeld tegen een instelling zeggen: u hebt een termijn overschreden, hoe staat het er nu mee? Toevoeging van een ombudsfunctie werkt naar mijn mening vertroebelend. Als zorgaanbieders een goede reden hebben voor zo'n functionaris en dit uitspreken samen met de cliënten, mag het wel. Ik denk dat het LMZ met name die functie op zich neemt.

Stel ik nog verdere vormeisen? Er staan basiseisen in de wet- en regelgeving voor de klachtenregeling, voor de onafhankelijkheid en de deskundigheid van de klachtenfunctionarissen, alsmede voor de normen van de beroepsgroep. De inspectie ziet toe op de kwaliteit van de klachtenregeling. Dat is een taak voor de inspectie. De inspectie ziet toe op de naleving van de Wkkgz en neemt die verplichtingen mee in het reguliere toezicht. Als mogelijke sanctie in geval van niet-naleving kan de inspectie eventueel bestuursdwang toepassen, een aanwijzing geven of een bevel opleggen als een en ander niet goed is georganiseerd.

Dan kom ik op de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid in de zorg in relatie tot de verdere ontwikkeling van het klachtrecht in geschilbeslechting. Dit wetsvoorstel zet in op openheid over en leren van klachten en geschillen. Het gaat erom dat klachten en geschillen en kwaliteitsbeleid geen gescheiden werelden zijn, maar dat je leert van de klachten die binnenkomen over jouw zorg. Dit wetvoorstel stimuleert zorgaanbieders om lering te trekken uit klachten en incidenten. Daar wordt de zorg beter van.

Je kunt pas feitelijk naar een geschillencommissie als je ontevreden bent over de afhandeling van de klacht; dat kopt. Je kunt in het proces je eigen oordeel daarover volgen. Er geldt ook een uitzondering. Denk aan ernstige klachten die de aangeklaagde zorgverlener betreffen. Ik noem als voorbeeld seksueel geweld. In zo'n geval is een mediator eigenlijk niet aan de orde. Dan is het logisch dat je die stap overslaat en direct naar de inspectie stapt. Je kunt dan naar de geschillencommissie, maar ook naar de inspectie, zodat de inspectie kan nagaan of de aanbieder afdoende maatregelen neemt. Daarnaast staat het de cliënt vrij om zich altijd direct tot de geschilleninstantie te wenden of tot de rechter. Maar die neemt dat wel mee.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):
Seksueel geweld binnen een zorgrelatie valt toch gewoon onder het strafrecht? Lenen dergelijke situaties zich niet gewoon voor een aangifte bij de politie?

Minister **Schippers**:
Ja, of bij de IGZ. Ik kan mij voorstellen dat, als zich ernstige dingen voordoen, een mediationtraject even niet aan de orde is. Als zulke dingen zich voordoen, ligt het voor de hand dat je naar de politie stapt en naar de IGZ, omdat je niet wilt dat iemand dat anderen ook aandoet.

Ik kom op de netwerken en de ketenzorg. Als je vanuit meerdere wettelijke regimes in een wijkteam zorg levert, hoe wordt dan voorkomen dat de cliënt van het kastje naar de muur wordt gestuurd? Ik heb al aangegeven wat wel onder de Wkkgz valt. Aanbieders van pgb-zorg vallen op grond van de Zorgverzekeringswet en de Wlz ook onder de Wkkgz. Dat geldt niet voor de Wmo-ondersteuning. De jeugdhulp komt nog. In het uitvoeringsbesluit van de Wkkgz wordt vastgesteld dat in geval van ketenzorg de cliënt niet van het kastje naar de muur mag worden gestuurd. Dat heet dan het "no wrong door"-principe. Ik zou zeggen: het "geen verkeerde deur"-principe, maar blijkbaar hebben wij hier Engelse termen voor. In het conceptuitvoeringsbesluit van de Wkggz zitten daadwerkelijk bepalingen die dat zouden moeten verhinderen. Ik noem artikel 7.3, lid 1 en 2. Als er sprake is van een wijkteam, zijn er in het kader van de samenwerking in het wijkteam afspraken gemaakt over het verloop van de samenwerking en over wat er moet gebeuren met de klacht van een cliënt. Daar zit natuurlijk van alles bij elkaar: gemeente, Zvw, verpleegkundigen, de Wlz, verzekeraars, allerlei aanbieders, jeugdhulpaanbieders en Wmo-ondersteuning. Het ligt voor de hand dat er in alle gevallen wordt gestreefd naar een informele en snelle oplossing van klachten van cliënten, zoals de Wkkgz voorschrijft, door in te zetten op een goed en open gesprek tussen zorg- of ondersteuningsverlener en cliënt.

Mevrouw **Nooren** (PvdA):
Als ik het goed begrijp, is het zo dat het wijkteam als entiteit functioneert als zorgaanbieder. De functionele en hiërarchische inbedding is niet gelijk. Er wordt gekeken naar het handelen van het individu, in plaats van naar het integrale aanbod dat dan wordt geboden.

Minister **Schippers**:
Ja, waarbij het ook zo is dat men die snelle, laagdrempelige oplossing kiest.

Mevrouw **Nooren** (PvdA):
De zorgaanbieder is dan het wijkteam? Ziet de minister dit dan als een zorgverlener of een instelling?

Minister **Schippers**:
Ja, maar als je een klacht hebt over een keten of een netwerk, moet het niet zo zijn dat men zegt: je hebt over de verkeerde geklaagd, dus je bent bij mij aan het verkeerde adres. Nee, je klacht komt dan automatisch toch goed terecht. Het gaat er dus om dat je het probleem niet bij de cliënt legt, maar dat je als zorgverleners onderling het probleem zelf oplost. Er zijn dus wetsartikelen waarin staat dat je dit moet overdragen als aanbieder. Als de klacht betrekking heeft op zorg die in samenhang met andere zorg door een andere zorgverlener wordt verleend, moet men een gecombineerde behandeling van klachten waarborgen. De afhandeling van een klacht vindt plaats door of namens de betrokken zorgaanbieders gezamenlijk, dan wel op een wijze die inhoudelijk recht doet aan de samenhang tussen zorg die zorgaanbieders verlenen. Daar zit het dus echt wel in verankerd.

Verbrokkelt de positie van de cliënt door klachtenprocedures in de verschillende zorgwetten? Ik denk dat ik die vraag afdoende heb beantwoord, evenals de vragen over de Wmo en de ketennetwerkzorg.

Ben ik bereid om onderzoek te laten doen, bijvoorbeeld door de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, naar implicaties van de verschuiving naar meer ketennetwerkzorg, naar de rolverdeling en de aanspreekbaarheid in de zorg en de wetgeving op het gebied van kwaliteit? De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg heeft in 2010 een advies uitgebracht, getiteld Gezondheid 2.0, dat ingaat op de thema's die mevrouw Nooren in haar vraag noemt: zorg georganiseerd rondom de vraag van de cliënt en de ontwikkeling van zorgstandaarden die passen binnen die visie. Naar aanleiding van een vraag die u al eerder in een overleg aan mij hebt gesteld, heb ik in een gesprek met de voorzitter van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving gevraagd of dit niet een aardig thema zou zijn. Het gaat niet alleen om langdurige zorg die je liever aan huis geeft. Je ziet steeds meer ziekenhuiszorg ook thuis geleverd worden. Daarin speelt de mantelzorger een steeds belangrijkere rol. Stel dat de mantelzorger een heel ingewikkeld apparaat krijgt. Er gaat iets mis mee, omdat hij foute uitleg of geen uitleg heeft gekregen. Wie is dan aansprakelijk? Dat zijn interessante vraagstukken, die steeds actueler gaan worden. Ik heb dat dus al besproken met de voorzitter van de raad. Ik zal haar het verzoek doen om dit aspect expliciet erbij te betrekken, omdat het gewoon een belangrijke rol speelt in de ontwikkeling die wij zien gebeuren. Ik ben dat dus met u eens.

Het bedrag van €50 is het bedrag dat partijen zelf hebben afgesproken. Ik heb overigens geen signaal ontvangen dat dit een belemmering is voor cliënten om een geschil aanhangig te maken, maar ik zal dit kostenaspect meenemen in de evaluatie.

Ik heb het gehad over de administratieve lasten.

Dan kom ik op de vergewisplicht, in relatie tot de administratieve lasten. Als je iemand aanneemt, wil je graag iemand aannemen die een aanvulling vormt op je team. Ik vind het dan niet meer dan normaal dat je je van betrokkene vergewist bij de laatste werkgever en dat je onderzoek doet naar de antecedenten, omdat voorkomen beter is dan genezen. Wij hebben daarom een verklaring omtrent het gedrag (vog) ingevoerd. Die wordt alleen voorgeschreven voor Wlz-zorg en intramurale geestelijke gezondheidszorg. Daarvoor hebben wij niet zomaar gekozen; wij hebben daarvoor gekozen vanwege het aantal meldingen in deze sectoren bij de inspectie. In deze sectoren zien wij het grootste aantal meldingen. Daarom zijn ze zo gekozen. Ze zijn mede gekozen op basis van onderzoek op het gebied van diefstal in de zorg. Het betreft ook de meest kwetsbare

patiënten. Daarom hebben wij op deze terreinen gekozen voor een vog, maar niet overal. Het geldt voor nieuwe medewerkers, dus wij voeren het langzaam maar zeker in.

Mevrouw Nooren vroeg ook naar de €25.000. Het was eerst €10.000, maar dat bedrag is met een amendement verhoogd.

Mevrouw Nooren heeft ook gevraagd of ik jaarlijks kan monitoren hoe het gaat met die claims. Dat zal ik doen, waarbij ik aanteken dat ik meer claims niet als slecht zie, omdat het terecht kan zijn. Misschien doe je nu niks, terwijl het terecht zou zijn als je wel wat zou doen. Wij gaan dit wel even wat dieper onderzoeken.

Moeten wij voor de vergewisplicht geen meer sluitend systeem hebben, waar zorgaanbieders wel op kunnen rekenen? Daarover ging het amendement op stuk nr. 58 van de SGP. Ben ik bereid om een digitaal raadpleegbaar register te ontwikkelen, waarbij ontslagen werknemers de mogelijkheid krijgen om zich te rehabiliteren? Feitelijk hebben wij een openbaar register. Dat is heel bijzonder, want heel veel landen hebben geen openbaar toegankelijk register waarin je kunt zien of een aanbieder een berisping of een schorsing heeft gekregen. Wij tekenen dit aan in het BIG-register. Daarin kun je zien of iemand zo'n zware aantekening heeft gekregen. Dat is ook een heel zware procedure via de tuchtrechter, niet iets wat je zomaar over één nacht ijs doet. Dat is iets anders dan wanneer iemand is ontslagen, want dat kan aan een heleboel dingen liggen. Ik voel niet zoveel voor een openbare zwarte lijst, als dat al zou kunnen volgens de Wet bescherming persoonsgegevens. Het kan dus ook niet, maar ik zou er ook niet veel voor voelen. Wel kun je natuurlijk navraag doen bij de eerdere werkgever. Je kunt ook navraag doen bij de inspectie. Die kan wel onderzoeken waarom iemand is ontslagen. Is het wegens disfunctioneren? Is het terecht? De inspectie kan daarover informatie geven. Wij hebben ook de vog, die wij naar aanleiding van een amendement van de heer Van der Staaij hebben ingeperkt en die nu alleen geldt voor bepaalde kwetsbare groepen en alleen waar het meerwaarde heeft. Ook hebben wij het BIG-register met de berisping en de schorsing. Het waarschuwingsregister is een initiatief van veldpartijen zelf dat je kunt raadplegen. Ik vind dus dat wij dit degelijk hebben geregeld, ook omdat ik geen openbare schandpaal wil waarbij zorgverleners aan de schandpaal worden genageld terwijl daaraan geen grondige procedure is voorafgegaan, bijvoorbeeld bij een tuchtrechter.

Is de instemming van een sollicitant nodig voor zo'n vergewisplicht? De sollicitant moet inderdaad instemmen met het inwinnen van referenties. Daarin ga ik ook geen verandering aanbrengen, maar een sollicitant die hier niet mee instemt en geen vog wil overleggen, maakt geen heel goede start in de sollicitatieprocedure bij een nieuwe werkgever.

Klopt het dat de IGZ geen wettelijke bevoegdheid heeft om na ontslag wegens disfunctioneren op de zorgverlener toe te blijven zien? En kan de inspectie de bevoegdheid krijgen om de zorgverlener te blijven volgen na een melding van ontslag? Als de inspectie het zelf heeft onderzocht, en heeft geconstateerd dat er een risico zit, kan zij ook daadwerkelijk maatregelen nemen. Misschien is iemand wel heel goed in zijn vak, maar heeft hij een aantal zwakke plekken waardoor hij disfunctioneert. Dan kun je bijvoorbeeld besluiten dat iemand dat wel mag doen, maar alleen als er een derde bij is of als er bepaalde maatregelen genomen worden. Dat kan de inspectie daadwerkelijk doen. Als er sprake is van strafbaar gedrag, kan de inspectie natuurlijk aangifte doen. De inspectie kan niet voorkomen dat een zorgverlener bij een andere instelling gaat werken, maar kan een instelling er wel op wijzen dat bepaalde voorzorgsmaatregelen op hun plek zijn.

Wat zijn de kosten en baten van de vog? Ik heb aangegeven waarom de vog vereist is bij de ggz binnen de Zvw en bij de Wlz-zorg: omdat de inspectie daar de meeste meldingen van grensoverschrijdend gedrag krijgt. Ook uit de recente voortgangsrapportage over geweld in afhankelijkheidsrelaties blijkt dat onder andere diefstal in deze twee sectoren veel vaker voorkomt dan ons lief is. In de geest van het amendement-Van der Staaij — alleen daar waar het echt nodig is — hebben wij voor deze sectoren gekozen. Een vog komt voor rekening van de sollicitant en kost zo'n €50. Sommige werkgevers vergoeden overigens die kosten. Het bestand dat Justis, onderdeel van V en J, raadpleegt ten behoeve van de afgegeven vog, is niet toegankelijk voor onbevoegden. Daar hoor ik ook bij. Ik heb daar dus geen inzicht in.

Hoe voorkom ik dat zorgverleners minder bereid zijn om incidenten te melden omdat het OM mogelijk, ook al is dat maar in bijzondere omstandigheden, informatie uit het incidentenregister gaat gebruiken bij de opsporing van strafbare feiten? Zou het niet verstandiger zijn om deze bevoegdheid te schrappen? Ik heb al aangegeven dat wij meer waarborgen hebben dan nu, zonder deze wet. Ik vind het ook niet verstandig om de bevoegdheid van het Openbaar Ministerie te schrappen. Die geldt namelijk alleen bij ernstig delicten, zoals moord en doodslag, alleen wanneer het OM die informatie niet op een andere wijze kan krijgen en ook nog eens alleen wanneer de rechter-commissaris daarmee heeft ingestemd. Als dat allemaal aan de orde is, moeten het OM die toegang wel krijgen, omdat daarmee voorkomen wordt dat plegers van ernstige strafbare delicten daarmee wegkomen omdat zij wel intern melden wat zij hebben gedaan, maar door het ontbreken van bewijs in het medisch dossier verder niet vervolgd kunnen worden. Dat de informatie niet in het medisch dossier is opgenomen maar wel in de registratie kan staan, kan bijvoorbeeld blijken uit tegengestelde getuigenverklaringen. Als dit wetsvoorstel door deze Kamer wordt aanvaard, zal ik in het implementatietraject voor zorgverleners veel aandacht schenken aan de toelichting dat het veilig melden echt veilig is en dat er ten opzichte van de huidige situatie onder de kwaliteitswet juist bescherming van gegevens wordt toegevoegd.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):
Ik weet dat ik nog aan de beurt kom, maar omdat ik precies over dit punt ook een vraag gesteld heb, interrumpeer ik nu maar. De toetsing door de rechter-commissaris wordt kennelijk elders geregeld, in een uitvoeringsbepaling. Als ik het goed gezien heb, staat die namelijk niet in de wet. Ten tweede ben ik benieuwd hoe realistisch de inschatting is dat iemand die een ernstig strafbaar feit pleegt, dat zelf zal melden in het VIM-register en daar vervolgens niks mee doet. Het is toch geen heel logische situatie dat je een ernstig strafbaar feit pleegt en dat ook nog wilt melden?

Minister **Schippers**:
Ik weet niet uit mijn hoofd of het in een uitvoeringsbepaling of in de wet staat. Daarop zou ik echt in tweede termijn moeten terugkomen.

Een zorgverlener is verplicht om incidenten te melden. Het kan natuurlijk zijn dat hij dat niet doet. Dan handelt hij in strijd met de wet en staat het nergens. Dan kun je het register wel inzien, maar kom je niet verder. Als hij dat wel heeft gedaan en als later blijkt dat het niet allemaal integer is, maar dat er heel ernstige strafbare feiten in het geding zijn, kun je daarvoor mogelijk bewijs vinden in deze melding.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):
Misschien kan de minister op dit punt dan ingaan op de discussie over het "nemo tenetur"-principe. De minister heeft gezegd dat dit voor de instelling geldt, maar niet voor de individuele zorgverlener. Als de zorgverlener echter verplicht is om het te melden in het VIM-register, geldt het dus wel voor de individuele zorgverlener. Dan hebben we volgens mij een probleem.

Minister **Schippers**:
Ik pak even het antwoord op uw vraag erbij. Of een zorgverlener terecht een beroep doet op het "nemo tenetur"-beginsel in het uitzonderlijke geval dat sprake zou zijn van strafrechtelijke vervolging op grond van het VIM, is uiteindelijk ter beoordeling aan de officier van justitie en in laatste instantie aan de rechter. Het OM mag echter alleen onder strikte wettelijke voorwaarden gegevens uit het VIM vorderen. Dan gaat het alleen over feiten waarbij het vermoeden van opzet of schuld bestaat. Het vermoeden van een strafbaar feit moet onderbouwd kunnen worden met feiten en omstandigheden. De officier moet bepalen of een vordering opportuun is. Eenvoudig gezegd komt het erop neer dat zolang geen sprake is van een zeer ernstig delict, zoals een vermoeden van moord of doodslag, het melden veilig is.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):
Dank, maar dat is volgens mij geen antwoord op mijn vraag. Ik had de principiële vraag of een zorgverlener die een ernstig strafbaar feit pleegt, wel of niet verplicht is om dat te melden. "Nemo tenetur" betekent volgens mij dat je iemand niet mag verplichten om dat te melden, als hij daarmee zichzelf in juridische problemen brengt.

Minister **Schippers**:
Als zorgverlener ben je verplicht om incidenten bij de inspectie te melden. Als er sprake is van een strafbaar feit en je bewijs kunt vinden in het dossier van het incident dat je hebt gemeld, dan moet dat bij elkaar komen. Naar aanleiding van dat bij elkaar brengen kun je misschien iets bewijzen. Dat gaat via een vrij zware gerechtelijke procedure, maar het melden van het incident heeft niets te maken met de zorgverlener die zegt: ik heb het fout gedaan. Je moet het incident melden ten behoeve van de patiënt. Je moet een aantekening aan de patiënt geven, je moet de patiënt daarvan verwittigen en je moet het melden aan de inspectie. Dat is ter bescherming van de patiënt en voor het lerend vermogen dat het de volgende keer beter gaat. Het is natuurlijk mogelijk dat daarin gegevens staan die, gecombineerd met andere gegevens, iets kunnen bewijzen. Of je daarin mag kijken, is uiteindelijk ter beoordeling aan de officier van justitie.

In eerdere conceptteksten stond dat seksueel grensoverschrijdend gedrag ruimer is dan geweld in de zorgrelatie en het plegen van een zedenmisdrijf uit het Wetboek van Strafrecht. Het is niet de bedoeling om de meldplicht in te perken. Dat is ook niet het geval. In de toelichting op de tweede nota van wijziging, waarin de term "geweld in de zorgrelatie" is geïntroduceerd, is dat uitvoerig toegelicht. Zo staat er bijvoorbeeld dat geweld in de zorgrelatie in het geheel niet behoort plaats te vinden en reeds om die reden grensoverschrijdend is.

Zou het niet in de rede liggen om de bepaling uit het Burgerlijk Wetboek te blijven volgen dat de belangengroep eerst moet proberen met gedaagde tot overeenstemming te komen? Dat sluit beter aan bij de tweetrapsraket die ook voor individuele klachten wordt gekozen. Het wetsvoorstel kent een bepaling zoals artikel 3:305a BW. Ik acht het echter vanzelfsprekend dat voordat een geschil aan de geschilleninstantie wordt voorgelegd, een belangengroep eerst een poging doet om met een zorgaanbieder over het probleem in gesprek te komen om te zien of langs minnelijke weg een oplossing kan worden bereikt. Dat is de normale zorgvuldigheid die in het maatschappelijk verkeer gangbaar is. Dit verdient de voorkeur, ook om de nodige kosten te besparen en sneller een oplossing te bereiken. Overigens zal in veel gevallen waarschijnlijk een collectieve actie worden gestart nadat door de zorgaanbieder onvoldoende aandacht is besteed aan klachten van de individuele klagers. Het gaat dan materieel om zaken waarbij de zorgaanbieder ruim de gelegenheid heeft gehad om een probleem weg te nemen. In de reglementen van de geschilleninstantie kunnen eventueel prikkels worden opgenomen om te bevorderen dat collectieve acties niet te lichtvaardig worden ingezet, bijvoorbeeld een kostenveroordeling.

Er is gevraagd of het mogelijk is dat de Eerste Kamer nog voor de stemming inzicht krijgt in de concept-AMvB Wkkgz naar aanleiding van Kwaliteit loont, zodat de Kamer die kan betrekken bij het eindoordeel over de wet. Ik wil deze AMvB graag zorgvuldig tot stand brengen. Ik maak die niet zelf; dat doet de sector. Ik heb met de sector afgesproken dat men tot 1 januari de tijd heeft voor het kwaliteitsstatuut. Overigens is de Wkkgz niet nodig voor dat kwaliteitsstatuut. Men kan dat ook onder de huidige wetgeving doen. Het hangt dus niet een-op-een samen. Het kwaliteitsstatuut zou ook zonder deze wet kunnen.

Er zijn vragen gesteld over de vergewisplicht en het nagaan van de gangen van de zorgverlener. Er kan navraag worden gedaan bij de eerdere werkgevers en bij de IGZ. Ik heb het bij de vorige spreker al daarover gehad.

Hoe verhouden de vergewisplicht en de meldplicht zich tot elkaar in het kader van ernstig disfunctionerende zorgverleners? Een werkgever die een zorgverlener wegens ernstig disfunctioneren ontslaat, moet dat melden bij de inspectie. Een werkgever die een sollicitant wil beoordelen, kan mede door die meldplicht navraag doen bij de inspectie naar de zorgverlener en sollicitant. Pas als de inspectie zelf heeft vastgesteld dat een zorgverlener niet functioneert, zal zij dat aangeven. Een zorgverlener mag die zorgvuldigheid van de inspectie verwachten. Die navraag bij de inspectie

is dankzij het amendement van de SGP in het wetsvoorstel gekomen. De meerderheid van de Tweede Kamer vond dat het toegevoegde waarde had naast de vergewisplicht. Daarnaast is er een openbaar register waarin berispingen of schorsingen worden aangegeven.

Bij uitzendkrachten is het afdoende dat in aanvulling op de overeenkomst tussen de zorgaanbieder en het uitzendbureau de zorgaanbieder een schriftelijke instructie verstrekt aan de uitzendkrachten. In die schriftelijke instructie moet staan aan welke kwaliteitseisen moet worden voldaan, hoe met klachten moet worden omgegaan, hoe ze moeten worden gemeld et cetera.

Ben ik van plan om te investeren in het informele traject aan de voorkant? Ik ben het helemaal met D66 eens dat de omslag naar een oplossingsgerichte informele aanpak van klachten met geen enkele wet kan worden afgedwongen. Daarvoor is meer nodig. Daarin moet je echt investeren. Wij willen niet onnodig juridiseren en escaleren. Als de wet is aangenomen, zal ik het land ingaan om zorgverleners daarin mee te nemen. Ik zal ervoor zorgen dat de vaardigheden van zorgverleners worden verbeterd. Ik zal een verzoek doen aan de opleidende instellingen dat deze beweging wordt gemaakt.

Ik kom bij de dubbele kosten bij handhaving van de klachtencommissie. De klachtenfunctionaris is verplicht, de klachtencommissie niet. Als je de klachtencommissie in stand houdt, heb je inderdaad een klachtenfunctionaris én een klachtencommissie. Als de klachtenfunctionaris ontzettend goed is in het bemiddelen, zal de klachtencommissie steeds minder te doen hebben.

De opzet van de zeswekentermijn is dat die dwingt tot snel contact. Het hoeft niet in zes weken opgelost te zijn, maar het moet wel opgepakt zijn. Het oordeel kan ook zijn dat nader onderzoek nodig is. Als wordt aangegeven dat dat drie maanden kost, moet je dat met de patiënt delen.

Ik heb de zorg over de claimcultuur niet. Nederland kent zo'n cultuur niet. Ik ben mijn betoog begonnen met een aantal voorbeelden. Wij hebben al claims en klachten in één tot een bedrag van €25.000, maar dit is in verschillende zorgvormen nog niet zichtbaar. Toen de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst werd behandeld, was er heel veel angst voor een claimcultuur. Die angst is gelukkig niet gematerialiseerd. In de financiële dienstverlening, consumentenzaken, telecom en energie zit het allebei in één procedure. Ik ben uiteraard bereid om de ontwikkeling van claims mee te nemen in de evaluatie.

Wat komt er in de ministeriële regeling over de geschilleninstantie te staan? De basiseisen voor erkenning van een geschilleninstantie komen in een aparte ministeriële regeling. Inhoudelijk sluit ik aan op de erkenningsregeling van Veiligheid en Justitie voor consumentenzaken. Ik denk aan basisvereisten zoals onafhankelijkheid en onpartijdigheid. De voorzitter moet in ieder geval meester in de rechten zijn, doorgaans een rechter. Verder noem ik vereisten voor een goede procesorde zoals hoor en wederhoor en de mogelijkheid voor partijen om een commissielid te wraken. Branche- en patiëntenorganisaties stellen gezamenlijk het reglement vast, hetgeen ruimte biedt voor een nadere gewenste invulling, zoals het organiseren van een geschilleninstantie met regionale zittingen of een eigen geschilleninstantie voor een deelsector.

Dan kom ik op de juridische ondersteuning van cliënten. Wie betaalt de kosten? De inzet van een klachtenfunctionaris is gratis. Het kost de cliënt niets. Het Landelijk Meldpunt Zorg is ook zonder kosten toegankelijk. Deze organisatie houdt de procedure in de gaten, maant als er termijnen niet worden behaald et cetera. De geschillencommissie gaat ervan uit dat er geen kosten voor een advocaat en juridische bijstand worden gemaakt. Dat is het uitgangspunt van de geschillencommissie. Voor de kostenverdeling kunnen verschillende afspraken worden gemaakt in het kader van de geschillenregeling. Gebruikelijk is dat de cliënt wordt vrijgesteld van alle kosten als de klacht ongegrond wordt verklaard. Bij bestaande geschillencommissies is €50 een gangbaar bedrag dat cliënten moeten betalen als ze de commissie inschakelen. Zoals gezegd zal ik in de evaluatie meenemen hoe dit zich ontwikkelt.

Gevraagd is of ik denk dat de bepaling onafhankelijk en onpartijdig zal standhouden bij toetsing in Straatsburg. De geschilleninstantie is geen rechterlijke instantie, maar een weg waarlangs een klager desgewenst een bindende beslissing in een geschil met de zorgaanbieder kan krijgen. Het EVRM is dus niet van toepassing op de geschilleninstantie. De klager kan zijn zaak echter altijd voorleggen aan een onafhankelijke rechter als hij deze wil laten beoordelen. Hij kan de geschillencommissie dus zo overslaan en meteen naar de rechter lopen. Als de klager kiest voor het voorleggen aan de geschilleninstantie en hij meent na het verkrijgen van de uitspraak dat deze niet redelijk is, kan hij de rechter vragen om hem niet aan de uitspraak te houden. Dat kan bijvoorbeeld als hij vindt dat de procedure niet behoorlijk is gevolgd, inclusief het inschakelen van onafhankelijke beoordelaars, of als de uitspraak niet deugdelijk is gemotiveerd. Op die wijze zal de rechter zich een oordeel vormen over de kwaliteit van de procedure, waaronder de onafhankelijkheid. Uit het EVRM vloeit echter niet voort dat de geschilleninstantie onafhankelijk en onpartijdig moet zijn.

Dan kom ik op de reikwijdte van "andere zorg". Vallen daar ook bijvoorbeeld personal fitnesstrainers en predikanten onder; waar is de definitie juridisch sluitend vastgelegd? Onder "andere zorg" vallen geen fitnesstrainers of predikanten. In artikel 1 van de Wkkgz is vastgelegd dat onder het begrip alleen zorg valt in de zin van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg die niet tot de Wlz-zorg of Zvw-zorg behoren. Daarbij is vastgelegd dat die handelingen ook onder het zorgbegrip van de Wkkgz vallen als ze niet worden verricht met een geneeskundig doel, namelijk het bevorderen of bewaken van de gezondheid. Daarmee omvat het begrip wel ingrepen in of aan het lichaam met een cosmetisch doel. Handelingen die niet als handelingen op het gebied van de gezondheidszorg worden beschouwd, vallen niet onder het begrip.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):
Dank voor de toelichting, maar het is voor mij nog niet helemaal duidelijk waarom die grens precies daar ligt. Er wordt namelijk gesteld dat de specificatie van het al dan niet de gezondheid bevorderen of bewaken, niet per se bepalend is. Het gaat echter niet alleen om het lichaam, maar ook om de geest. Dan is de vraag of een geestelijk

verzorger niet bij uitstek onder het begrip moet vallen. Het gaat mij er niet om dat deze persoon onder de wet gebracht moet worden, maar het gaat mij om de vraag wat de redenering is geweest dat zij er niet onder vallen.

Minister **Schippers**:
Wij hebben heel strikt benoemd wat er onder Zvw valt, waardoor je voor de Zvw met een schaartje kunt knippen wat er wel en wat er niet onder valt. Daarom vind ik de vraag van de heer Ganzevoort een reële. We hanteren hier namelijk een veel bredere definitie, waardoor het misschien niet altijd heel precies met een schaartje te knippen is. De hele behandeling in de Tweede en Eerste Kamer en alles wat in de Kamers over dit voorstel gewisseld is, behoort tot de geschiedenis en de toepassing van de wet. Wij hebben het ook al in de Tweede Kamer uitgebreid gehad over de toevoegingen die wij doen. Maar ik ben het met de heer Ganzevoort erover eens dat dat niet altijd een heel precieze grens is. Alternatieve zorg is ook zo'n vloeiend en vaag zorgbegrip.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):
Als wij het niet eens zijn over de vraag wanneer een wet van toepassing is, hebben we wel een probleem.

Minister **Schippers**:
Degene die de zorg verleent moet zich inschrijven in een register van de zorg. De inspectie ziet toe op die beroepsgroep en daarmee is de beroepsgroep afgebakend. Als je predikant bent, kom je niet in het zorgregister en val je niet onder de inspectie. Het is dus niet puur willekeur. Er zijn echter handelingen waarvan je je kunt afvragen of dat ggz-achtige zorg is die onder het alternatieve circuit valt. Wie staat ingeschreven in het zorgregister, wordt door de inspectie ook geacht om zich aan de Wkkgz te houden.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):
Dat is precies mijn probleem. De zorg die geestelijk verzorgers en pastors leveren zit soms heel dicht tegen de ggz aan. Het is mij niet duidelijk waarom wij tegen hen zouden zeggen: jullie hoeven je niet in te schrijven of jullie moeten je wel inschrijven. De criteria die de wet stelt voor de afbakening van de zorg is mij niet helder.

Minister **Schippers**:
Die vind ik bij pastors veel helderder dan bij schoonheidsspecialisten. Zij zijn niet als zorgverlener in het register opgenomen, maar ze werken wel met laserapparaten en ze spuiten allerlei middelen in. Deze cosmetische industrie komt wel degelijk onder de wet te vallen. Predikanten en fitnesstrainers evident niet. Er is in de wet een richtlijn opgenomen voor wat er onder het begrip valt. Er is een aantal handreikingen, zoals het register en het feit dat de handelingen medisch moeten zijn. Bij alternatieve geneeswijzen heb je altijd een wat minder afgebakend terrein. Wie zich een alternatief geneesheer noemt en therapieën tegen kanker uitvoert, voldoet niet aan alles wat wij in de kwaliteitswet hebben opgenomen. Hij valt echter wel onder deze wet.

Deze wet beoogt juridisering en economisering van het klachtsysteem helemaal tegen te gaan, omdat zij juist inzet op de dialoog. Ik denk dat ik dat in mijn reactie op eerdere vragen al voldoende uitgelegd heb.

De **voorzitter**:
Zie ik het laatste pakje papier?

Minister **Schippers**:
Ja, ik ben bij de laatste woordvoerder. Dat is de vraag van de PVV over de stand van zaken van de wijziging van de WGBO. De wijziging van de WGBO bevindt zich in de afrondende fase. Dan moet zij naar de ministerraad en naar de Raad van State. Het duurt dus nog even voordat zij naar de Kamer wordt gestuurd. De vertraging werd veroorzaakt door ingewikkelde zaken, zoals het inzagerecht van ouders in de dossiers van bijvoorbeeld overleden meerderjarige kinderen. Dat soort dilemma's zit in die wet. Over de bewaartermijnen is heel lang gesteggeld. Uiteindelijk moesten hier belangrijke keuzes over gemaakt worden. Dat heeft enige vertraging opgelopen, maar zij komt er wel aan.

Ik kom bij de uitvoerbaarheid. We moeten misbruik van het klachtrecht inperken. Gevraagd is welke mogelijkheden ik daarvoor zie. Er kan een groep klagers zijn die heel veel klaagt en nooit tevreden is. De wet biedt aanbieders ruimte om een aanpak te ontwikkelen voor deze specifieke veelklagers. De geschilleninstantie kan bijvoorbeeld klachtgeld vragen of zaken niet ontvankelijk verklaren vanwege onredelijk procesgedrag. Overigens hebben dergelijke situaties zich nog nooit voorgedaan bij de huidige geschillencommissies.

Is er nog wel consensus en duidelijkheid over de wijze waarop het werk georganiseerd moet worden? Met welke mensen en middelen gebeurt dat en kan dat met de huidige bezuinigingen? In de Wkkgz is opgenomen dat de zorg zodanig georganiseerd moet worden en met zodanige personele en materiële middelen dat een en ander redelijkerwijze leidt tot het verlenen van goede zorg. "Goede zorg" is een begrip in de Zorgverzekeringswet dat afhankelijk is van de stand van de wetenschap en van de vastgestelde richtlijnen waarmee gewerkt wordt. Geld kan geen reden zijn om bepaalde zorg niet te verlenen. Stel dat je een bepaalde vorm van kanker hebt en daar hoort een extreem duur geneesmiddel bij. Als dat geneesmiddel in het pakket zit en er is een medische noodzaak voor het gebruik van het middel, moet de patiënt het gewoon krijgen. Geld kan geen argument zijn om het niet te krijgen. Als je het niet krijgt, dan kun je naar een klachtencommissie gaan. Overigens zou ik meteen naar de inspectie stappen als ik dat niet kreeg. Dat zou ik ook iedereen aanraden, want dat gaat een stuk sneller. Op dat punt zie ik dus geen onduidelijkheid.

De heer Van Hattem vroeg hoe in de praktijk om te gaan met een wens van geestelijke ondersteuning door bijvoorbeeld een extremistische imam of vul maar in. Zorgaanbieders zijn niet verplicht om tegemoet te komen aan extreme eisen van een patiënt maar wel aan redelijke eisen. Als voorbeeld stelde hij iemand die in een Thomashuis zit en die eist dat er een aparte ruimte is voor vrouwen en mannen. Dat is geen redelijke eis. Daar hoef je dan ook niet aan te voldoen. Lig jij op je sterfbed en wil je geestelijke verzorging krijgen van een bepaalde imam die jij hebt aangewezen

en die in de buurt en beschikbaar is, dan is dat een redelijke eis en moet een zorgaanbieder daaraan voldoen. De inspanningsverplichting ligt er om in redelijkheid zo veel mogelijk tegemoet te komen aan leefwensen.

De heer Van Hattem vroeg of er in de AMvB specifiek aandacht is voor geweld zoals genitale verminking. Hij zei: deze mensen moeten aangepakt en gestraft worden. Daar kan ik heel kort over zijn. Genitale verminking is een misdrijf en daarom ook strafbaar.

De heer **Van Hattem** (PVV):
In de tekst stond dat het uitgangspunt was dat er eerst bemiddeling zou plaatsvinden, ook in gevallen van eerwraak. Is dat nog steeds het uitgangspunt voor een eventueel op handen zijnde AMvB?

Minister **Schippers**:
Alles wat strafbaar is, moet je niet proberen via bemiddeling op te lossen. Als er strafbare feiten aan de orde zijn, zoals een verkrachting, genitale verminking of een beraming om iemand om te leggen, wat dan ook, dan moet je niet naar een bemiddelaar gaan. Dan moet je meteen het strafrecht in schieten. Daar zijn wij het dus helemaal over eens. De klachtenprocedure is bedoeld voor het geval dat je vindt dat je onterecht behandeld bent en bemiddeling daadwerkelijk iets kan toevoegen. Ik denk dus niet dat wij hier een verschil van mening over hebben.

De heer **Van Hattem** (PVV):
Ik had het in dit geval over de meldcode.

Minister **Schippers**:
Er is een meldcode huiselijk geweld. Die geeft aan dat je huiselijk geweld niet stil moet houden als je dat constateert, maar dat je dat daadwerkelijk meldt. Dat is er juist op gericht dat er actie komt om er een einde aan te maken, in plaats van dat je denkt dat je daar niet over hoeft te praten in het kader van de vertrouwensrelatie.

De heer Van Hattem zei een aantal dingen over registratie, ultraregistratie en openbaarheid van alle indicatoren. Laten wij heel helder zijn: het heeft alleen zin om iets te registreren als het daadwerkelijk iets zegt over wat er geleverd wordt. Helemaal niemand is gebaat bij het registreren om het registreren en het elkaar gek maken met honderd indicatoren die feitelijk niks zeggen over hoe goed de zorg is. De zorgverlener ziet er het nut niet van in en wordt stapelgek van alles wat hij in moet vullen. De patiënt heeft er niks aan, want het zegt niks over de kwaliteit van zorg. Dus laten wij elkaar daar niet gek mee maken. Het gaat om de dingen die wel iets zeggen over de kwaliteit van zorg. Laten wij ons daarop concentreren. Daardoor krijgen wij daadwerkelijk inzicht in wat er geleverd wordt.

De heer Van Hattem noemde als voorbeeld de sterftecijfers. Het is evident dat een instelling met heel complexe patiënten die zwaar ziek zijn, een hoger sterftecijfer heeft dan een willekeurig streekziekenhuis dat met name galblaasoperaties doet. Daarom hebben wij met elkaar afgesproken dat die cijfers gecorrigeerd worden op zorgzwaarte, dat er een casemixcorrectie komt en dat instellingen zelf een toelichting of verklaring kunnen geven: wij zitten in een gebied waarin mensen over het algemeen in hun laatste levensfase in het ziekenhuis zitten. Ik ben het helemaal eens met degenen die zeggen: registreren om het registreren geeft schijnveiligheid. Daar ben ik absoluut niet op uit met dit wetsvoorstel.

Ik hoop dat ik alle vragen heb beantwoord.

De **voorzitter**:
Mijnheer Ganzevoort wil nog wat vragen.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):
Ik moet toegeven dat ik het niet heel expliciet heb gevraagd, maar bij de technische vraagjes aan het begin over de AWBZ-vermelding wees ik erop dat de verwijzing in artikel 3 naar artikel 1 in de tekst van het wetsvoorstel niet meer helemaal klopte.

Minister **Schippers**:
Op deze twee dingen kom ik in tweede termijn terug, evenals op de vraag of iets is bepaald in de uitvoeringsbepaling of in de wet.

☐

Mevrouw **Martens** (CDA):
Voorzitter. De CDA-fractie ondersteunt de intentie van de wet om de kwaliteit van de zorg en de klachten- en geschillenprocedures waar mogelijk te verbeteren. Ook is er steun voor meer cliëntgerichte zorg en laagdrempelige, snelle procedures.

Wij hebben een groot aantal vragen gesteld zorgen die wij uit het veld vernamen over de kwaliteit en de uitwerking van de wet. Die gingen over regeldruk, de positie van geschillencommissies, kwaliteit, de korte termijnen, de samenhang met andere wetgeving, onheldere definities, ongewenste effecten, juridisering, claimcultuur, de beperking van het lerend vermogen et cetera. Andere fracties hebben daar nog belangrijke andere punten aan toegevoegd. Opvallend was dat nagenoeg alle fracties soortgelijke zorgen formuleerden.

De CDA-fractie heeft een groot aantal specifiek vragen gesteld. Ik noemde de thema's al. Wij danken de minister voor haar reactie. Op enkele punten is er verheldering gekomen. Op een aantal punten blijkt er een verschil van inschatting te zijn over de uitwerking van het wetsvoorstel. Dat duidt niet zozeer op een verschil tussen het CDA en de minister, zoals de heer Bruijn suggereert, als wel op een verschil tussen het veld en de minister.

Terzijde wil ik graag opmerken dat de Raad van State wel degelijk problemen heeft gemaakt van de combinatie van klacht en claim en wel degelijk spreekt over het risico van juridisering. Dat gaat niet alleen over het oorspronkelijke wetsvoorstel maar ook over dit wetsvoorstel. Zo zijn er meer punten te noemen. Het gaat over een verschil in visie.

De minister is optimistisch en zegt in feite: de bedoeling is goed, dus wordt het met dit wetsvoorstel vanzelf beter. Maar dat is de vraag. Wij hebben nog één specifieke vraag

over de geschillenbeslechting. Wij hadden gevraagd een en ander niet bij uitsluiting aan de SGC op te dragen; daar zouden alle geschilleninstanties voor in aanmerking moeten kunnen komen. Dat heeft de minister volgens mij bevestigd. Dat zou ik graag nog een keer horen. Ik hoor haar wel zeggen dat iedere geschilleninstantie wel zou moeten voldoen aan de erkenningsregeling, zoals die bij de SGC is. Zet dat andere initiatieven voor geschillencommissies op achterstand? Hoe kijkt de minister daartegen aan?

De leden van de CDA-fractie hebben goed geluisterd naar de antwoorden van de minister. Wij weten dat zij goed kan spreken en de bedoeling van de wet goed kan uitleggen. Dat hebben wij ook nu weer kunnen zien. Wij zullen ons de komende dagen buigen over de vraag of de antwoorden voldoende zijn om het wetsvoorstel het voordeel van de twijfel te kunnen geven.

☐

De heer **Bruijn** (VVD):
Voorzitter. Om te beginnen wil ik graag de collega's Don en Bredenoord van harte feliciteren met hun maidenspeech. Ik heb de heer Don horen verzuchten dat hij het geen eenvoudige opgave vindt om in deze tijd woordvoerder te zijn van de Socialistische Partij. Ik kan mij daar iets bij voorstellen. Mocht het hem echt te veel worden, dan is hij van harte welkom bij de VVD. Hij hoeft de kleur van zijn das er in ieder geval niet voor te wijzigen, zoals u kunt zien, maar misschien wel de kleur van zijn inzichten. Ik kan hem de laatste twee VVD-verkiezingsprogramma's alsook de komende van harte aanraden. Ik zal ze ook graag met hem doornemen.

Mijn fractie dankt de regering, en in het bijzonder de minister, van harte voor de zeer uitgebreide beantwoording van alle vragen. In tegenstelling tot hetgeen mevrouw Martens net suggereerde, denkt mijn fractie niet dat er een tegenstelling is tussen het veld en de minister, maar tussen delen van het veld en de minister. Vanuit het veld hebben ons ook berichten van ondersteuning bereikt. Er zijn gremia, waaronder de Inspectie, die graag willen dat dit nu snel ingevoerd wordt. Er zijn gremia die het een overbodige wet vinden, omdat zij zelf allang zo werken. En er zijn ook gremia die zorgen hebben of misschien inmiddels hadden of deels hebben, over zaken als juridisering, de kosten et cetera. Daarover hebben wij vragen gesteld aan de minister. Zij heeft daar zeer uitgebreid en overtuigend antwoord op gegeven. Ik zal mijn fractie dan ook adviseren om voor dit wetsvoorstel te stemmen.

Mijn laatste punt betreft de strekking van de Wkkgz ten opzichte van de Wmo. Daarover wil ik toch nog graag iets zeggen, omdat er nu een discussie is over dat punt. Voor zover mijn fractie heeft begrepen, heeft het kabinet gekozen voor decentralisatie van delen van de AWBZ naar gemeentes en dus voor een scheiding tussen zware langdurige zorg en andere langdurige zorg. Als bestuurslaag dicht bij de burger zijn gemeentes daar nu in beginsel zelf verantwoordelijk voor. De denktrant is dus eigenlijk hetzelfde als in dit wetsvoorstel: de zorg wordt dichter bij de burger zelf gebracht. De wetgever heeft dan ook bepaald dat het stellen van regels over de kwaliteit, klachten en geschillen op Wmo-terrein tot de verantwoordelijkheid van de gemeentes behoort. Dat is volstrekt logisch. Het zou eigenlijk heel vreemd zijn om dat daar weer weg te halen.

In haar beantwoording refereerde de minister aan het amendement-Van 't Wout c.s. op de Wmo 2015. Dat is het amendement 33.841 nr. 83. Ten eerste valt op dat die wet, na aanname van dat amendement in de Tweede Kamer, ook in deze Kamer is aangenomen en wel op 8 juli 2014. Een ruime meerderheid stemde daarvoor. Laten we eens inzoomen op de inhoud van het amendement. Dat amendement ging eigenlijk over het schrappen van een bepaling rondom de bestuursstructuur en de bedrijfsvoering alsmede over het toedelen van verantwoordelijkheid voor klachtenregelingen aan de aanbieders door de gemeentes. Wat waren toen de bezwaren in de Tweede Kamer, waar kennelijk de Eerste Kamer ook mee heeft ingestemd? De Eerste Kamer heeft die bepaling immers niet teruggebracht in het wetsvoorstel, voor zover zij dat al kan. Het werd toen ongewenst geacht — en deze Kamer heeft dat gevolgd — dat iedere gemeenteraad verplicht wordt om bij verordening aan de zorgaanbieder eisen te stellen met betrekking tot de afhandeling van klachten en medezeggenschap. Dat is dus iets heel anders dan hetgeen we nu in de Wkkgz behandelen. Vandaag gaat het over een specifieke vorm van de klachtenregeling, namelijk klachtenfunctionarissen en geschillencommissies. Dit zou volgens de indieners daar — en kennelijk is dat hier ook gevolgd — voor gemeentebesturen en zorgaanbieders veel administratieve lasten meebrengen. Ook zou er een ongelijk speelveld kunnen ontstaan voor aanbieders als gemeentes onderling verschillende of tegenstrijdige eisen stellen.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):
De heer Bruijn zegt bij herhaling dat kennelijk deze Kamer dat ook vond of dat zij daarmee instemde of dat zij dat volgde. Ik heb het debat van toen niet helemaal teruggelezen tijdens het betoog van de heer Bruijn, maar ik vind het toch te ver gaan. Het feit dat hier een wet is aangenomen in zijn uiteindelijk geamendeerde vorm wil niet per se zeggen dat die amendering ook als zodanig de goedkeuring van deze Kamer heeft gekregen. Het totale pakket is hier aangenomen, maar ik vind niet dat de heer Bruijn daarmee kan zeggen dat deze Kamer de redenering van de Tweede Kamer heeft gevolgd, want dat is toch wat anders.

De heer **Bruijn** (VVD):
Ik constateer dat het wetsvoorstel in de Tweede Kamer geamendeerd is en dat het geamendeerde wetsvoorstel hier aangenomen is. Daar zijn we het over eens. Dat was met brede steun, in ieder geval in de Tweede Kamer.

Waar ging het toen over? Ten eerste gaat het over de bepaling dat iedere gemeenteraad verplicht wordt om bij verordening eisen aan de zorgaanbieder te stellen ten aanzien van die regeling. Dat lijkt mij iets heel anders dan de Wkkgz. Ten tweede gaat het om de bepaling dat gemeentes in de verordening in ieder geval bepalen welke eisen aan de bestuursstructuur en de bedrijfsvoering van aanbieders worden gesteld. Dat lijkt mij iets totaal anders dan hetgeen we hier vandaag bespreken. Dat werd daar ongewenst geacht en dat is hier aangenomen. Vervolgens werd een bepaling met betrekking tot de bestuursstructuur en de bedrijfsvoering geschrapt en werd in het amendement geregeld dat gemeentes in de verordening kunnen bepalen ten aanzien van welke voorziening zij een klachtenregeling of een regeling voor medezeggenschap vereist vinden. Dus dat is nu geregeld. Ik zal mijn fractie adviseren om hier goed naar te kijken, voordat we nu te snel over een aantal dingen

heen stappen en iets gaan doen wat we eigenlijk niet beogen. Ik denk dat het heel terecht is dat de minister zegt dat zij eerst in de Tweede Kamer gaat polsen of er steun is voor — ik interpreteer dit even zo; de minister moet het in haar termijn maar bevestigen of ontkennen — het onder de Wkkgz brengen van de Wmo. Als dat zo is, dan neem ik aan dat de minister dat eerst, in welke vorm dan ook, aan de Tweede Kamer zal voorleggen, alvorens hier terug te keren indien het een wetswijziging zou betreffen.

☐

De heer **Don** (SP):
Voorzitter. U ziet het: ik ben grijs. Ik zal het eerlijk bekennen aan deze Kamer: ooit, in het verleden, heb ik ook een keer VVD gestemd. U ziet het: de wijsheid komt met de jaren. Dus, hoe oud bent u, mijnheer Bruijn.

De **voorzitter**:
Ouder dan u denkt, volgens mij.

De heer **Don** (SP):
Hoor ik hier nog een partij doorheen? Maar goed, het is wel een bijzondere dag vandaag en als je dan ook nog eens gelijk wordt uitgenodigd om naar de VVD over te stappen!

Ik houd het kort. Ik heb een paar kleine punten. Ik ben blij met het uitgebreide antwoord van de minister. Ik wil nog even kort stilstaan bij twee punten daaruit. Het gaat dan met name over de ondersteuning van de eerstelijnsprofessionals bij de verandering die hun te wachten staat. Ik gaf dat zojuist in mijn interruptie ook aan, maar ik kan niet genoeg benadrukken dat dat op een constructieve manier moet gebeuren en dat de eerstelijnsprofessionals en de brancheorganisaties daar ook bij betrokken worden. Dat geldt natuurlijk ook voor de cliënten- en patiëntenorganisaties. Ook daar zal een verandering voor optreden en ook daar zal de boodschap verkondigd moeten worden. Ik denk dan aan organisaties als de NPCF, Zorgbelang en Ieder(in). Mocht dit wetsvoorstel wet worden, dan verzoek ik de minister om hen daarbij te betrekken en om bij hen onder de aandacht te brengen dat er voor de patiënten en de cliënten iets gaat veranderen.

We zijn blij — dat is mijn derde punt — dat de minister heeft toegezegd om terug te gaan naar de Tweede Kamer en om daar een poging te wagen om de Wmo onder de reikwijdte van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg te laten vallen. Daar zijn we heel blij mee. Die blijdschap willen we nog een keer benadrukken in de vorm van een motie. De Kamer heeft die motie gekregen. Misschien kan de SP daar wat steun voor krijgen. Of dat zo is, zullen we in de loop van deze week wel melden. De SP zal deze week ook beraadslagen over de vraag hoe zij zich verhoudt tot dit wetsontwerp.

De **voorzitter**:
Hoorde ik u spreken over een motie, mijnheer Don?

De heer **Don** (SP):
Ja, ik heb begrepen dat de motie door vijf personen ondertekend is.

De **voorzitter**:
Die motie moet ik namelijk nog even voorlezen.

De heer **Don** (SP):
Dat wist ik niet. Het is ook mijn eerste dag.

De **voorzitter**:
Door de leden Don, Ruers, Meijer, Wezel en Köhler wordt de volgende motie voorgesteld:

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) in reikwijdte beperkt is tot de zorgdomeinen van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz);

overwegende dat hiermee cliënten onder het domein van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) buiten het domein van de Wkkgz vallen en daardoor de onwenselijke situatie ontstaat dat toezicht kwaliteit en klachtrecht verschillend worden ingevuld voor cliënten onder het Wmo-domein enerzijds en het Zvw- en Wlz-domein anderzijds;

verzoekt de regering om de Wmo onder de reikwijdte van de kaderwet Wkkgz te laten vallen,

en gaat over tot de orde van de dag.

Zij krijgt letter P (32402).

De heer **Bruijn** (VVD):
Mag ik een kleine toelichting vragen aan de heer Don? Als ik het goed lees, vraagt deze motie niet aan de minister om te onderzoeken of en hoe de Wmo onder de reikwijdte van de Wkkgz zou kunnen vallen, of daar voldoende steun voor is in de Tweede Kamer en hoe dat vervolgens vorm zou kunnen krijgen, maar om in ieder geval, hoe dan ook, die Wmo onder de reikwijdte van de kaderwet Wkkgz te laten vallen, ongeacht de uitkomsten van dat polsproces van de minister, als ik dat zo oneerbiedig mag noemen, en de verschillende wijzen waarop dit vormgegeven zou kunnen worden. Klopt dat?

De heer **Don** (SP):
Dat klopt. Onderzoek is een eerste stap, maar uiteindelijk onderzoek je iets met een bepaald doel. Het zou mooi zijn als dat doel gerealiseerd zou worden.

☐

De heer **Kuiper** (ChristenUnie):
Mevrouw de voorzitter. Wij danken de minister voor de gegeven antwoorden, die wij overtuigend vonden. Toen mij gevraagd werd hoeveel minuten spreektijd ik wilde, waren we in het stadium dat ik nog niet de antwoorden had gehoord op mijn vragen. Die heb ik inmiddels wel gehoord. Onze vragen zijn beantwoord. Wij vinden dat met deze wet

ook echt een belangrijke stap vooruit wordt gezet. Die stap steunen wij. Wij zouden willen dat deze wet inderdaad door kan gaan.

Dan kom ik op het punt dat in de motie aan de orde is gesteld. Er is al een toezegging van de minister, namelijk om in de Tweede Kamer te sonderen hoe dat ligt. Ik denk dat dit het belangrijkste is. Dat maakt volgens ons de motie overbodig. Dat proces wil ik voorrang geven, ook omdat je niet precies weet hoe daar de gevoelens zijn.

Nogmaals, dank. Wij vinden dit een overtuigend optreden van de minister. Ik zal adviseren om deze wet te steunen.

☐

Mevrouw **Nooren** (PvdA):
Voorzitter. Ik wil eerst mevrouw Bredenoord feliciteren met haar maidenspeech. Ik denk dat haar inbreng heeft laten zien dat zij zeer begaan is met dit onderwerp. Er zullen waarschijnlijk nog mooie gedachtevormingen volgen.

Ik ben blij met de antwoorden van de minister. Ik denk dat zij overtuigend heeft laten zien dat in de driehoek van cliënt, zorgaanbieder en zorgverzekeraar, met name versterking nodig is aan de kant van de cliënt. Dit wetsvoorstel vormt een belangrijke bijdrage daaraan. Daarbinnen is de kern: het gesprek om problemen op te lossen. Dat is volgens mij de meest voorkomende zin: de dialoog tot stand brengen, om goede dingen tot stand te brengen, als de zorg niet gaat zoals beoogd.

De duiding van het Landelijk Meldpunt Zorg laat ook zien dat cliënten die soms zwakker zijn in hun relatie met de zorgaanbieder, gesteund zullen worden in hun weg daarheen.

Wij danken de minister ook voor haar toezegging om naar de integrale werking van de wet te kijken, als een soort kaderwet, met daarin een uitwerking van de Wmo. In het kader van de verhouding tussen de Eerste en de Tweede Kamer ben ik het eens met de heer Kuiper dat er eerst een verkenning moet plaatsvinden hoe dat ligt bij de Tweede Kamer en wat eraan ten grondslag heeft gelegen. Het zou nu niet een eenduidige toezegging moeten zijn voor de Wmo, maar wij danken de minister voor haar bereidheid om daarover in gesprek te gaan met de Tweede Kamer.

Zij heeft ook toegezegd om te kijken hoe de Jeugdwet onder deze wet kan worden gebracht, zodat voor cliënten duidelijk is dat er één kader geldt, door wie de zorg ook wordt verleend. Daarmee wordt tegelijkertijd een gelijk speelveld gerealiseerd voor iedereen in de zorg.

We danken de minister ook voor haar bereidheid om een verkenning te doen wat ketenzorg of netwerkzorg betekent binnen de verhoudingen in de zorg. Zij heeft ook toegezegd om dit punt onder de aandacht te brengen bij de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Wij zijn blij met de toezegging van de minister om met het veld in gesprek te gaan over de implementatie als dit wetsvoorstel hier aangenomen wordt.

Net als de heer Don denk ik dat het belangrijk is om niet alleen aan de kant van de zorgaanbieder, maar ook juist aan de kant van cliënten te bekijken hoe de achterban ondersteund kan worden om dat handen en voeten te geven. Ik hoop dat de minister ook steun wil verlenen aan versterking van de cliëntzijde. Wij hopen dat de resultaten van het evaluatieonderzoek laten zien wat wij met dit wetsvoorstel beogen, namelijk om de positie van de cliënt in het brede stelsel van de zorg te versterken, wat verder reikt dan de Zorgverzekeringswet en de Wlz. Ik zal mijn fractie adviseren om voor het wetsvoorstel te stemmen.

☐

De heer **Diederik van Dijk** (SGP):
Voorzitter. Ik kan mijn tweede termijn ook kort houden. Ik sluit mij aan bij de waarderende woorden richting de minister. De beantwoording was daadkrachtig, zakelijk en bijzonder inhoudelijk. Dank daarvoor. Wij stonden al positief voorgesorteerd ten opzichte van dit wetsvoorstel. De beantwoording van de minister heeft daar zeker een positief steentje aan bijgedragen.

Ik ben erg benieuwd waar de door de minister genoemde consultatie op uitloopt, om te bezien hoe de Tweede Kamer er tegenover staat om de Wmo onder de reikwijdte van de Wkkgz te brengen. We wachten graag af waar deze ronde toe leidt.

Ik ben ook dankbaar voor de geruststellende beantwoording als het gaat om de meldplicht rondom seksueel wangedrag. Er is geen sprake van een beperking, zoals ik eerder dacht.

Voor het overige zijn al mijn vragen uitstekend beantwoord, dus ik laat het hierbij en ik adviseer mijn fractie om voor dit wetsvoorstel te stemmen.

☐

Mevrouw **Bredenoord** (D66):
Voorzitter. Ik begon de inbreng van mijn fractie vandaag met zorgen over, maar ook steun voor dit wetsvoorstel. De steun was vooral gericht op het kwaliteitsaspect van de wet, op de intentie om de klachten- en geschillentrajecten te verbeteren, mede gezien de slechte evaluaties, en om de positie van de patiënt te versterken en zo bij te dragen aan patiëntenrechten en aan een meer gelijkwaardige verhouding tussen hulpverlener en patiënt. Deze positieve punten blijven uiteraard staan.

Daarnaast heb ik namens mijn fractie ook een heel aantal zorgen uitgesproken, die vooral te maken hebben met juridisering, toename van de claimcultuur en de vraag waarom er niet meer wordt geïnvesteerd in de-escalatie, in het traject aan de voorkant.

Ik bedank de minister voor haar zeer uitgebreide antwoorden en specifiek voor de volgende twee toezeggingen. De minister is uitgebreid ingegaan op onze vraag om te investeren in die informele route, het traject aan de voorkant, om zo bij te dragen aan de cultuurverandering die nodig is om daadwerkelijk te de-escaleren, om dat goede gesprek op gang te krijgen en om best practices op dit gebied te ontwikkelen. Verder wil ik de minister bedanken voor de toezegging om de cijfers over het al of niet toenemen van klachten en claims jaarlijks te monitoren. Ik hoop dat de minister dan ook wil ingaan op dat opleidingsaspect waar ik net over sprak, en op het daadwerkelijk leren van die best practices.

Ik heb nog één vraag naar aanleiding van de beantwoording van de minister. Mijn fractie ondersteunt de uitbreiding van de Wkkgz naar wat genoemd wordt de andere zorgaanbieders. Ik geloof dat de minister een aantal van 40.000 heeft genoemd. Dat zijn er veel. Die komen allemaal onder toezicht van de IGZ te vallen. Kan de IGZ dit er allemaal bij hebben? Zo nee, zijn er dan extra maatregelen nodig om te kijken of die andere zorgaanbieders inderdaad voldoen aan dat criterium van niet-schaden?

Mijn fractie heeft zorgen en aarzelingen uitgesproken over de juridisering en de claimcultuur. De minister heeft heel uitgebreid antwoord gegeven. Na de twee toezeggingen over monitoring en investeren in het informele traject is onze aarzeling niet helemaal weggenomen, maar wel een stuk minder geworden. Ik heb in ieder geval het gevoel dat de vinger aan de pols zal worden gehouden.

Wat de motie betreft, mijn fractie heeft voldoende aan de toezegging van de minister dat zij in de Tweede Kamer gaat polsen wat de mening is over uitbreiding naar de Wmo.

Ik rond af. Ik zal mijn fractie adviseren om voor dit wetsvoorstel te stemmen.

☐

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):
Voorzitter. Ik dank de minister voor de beantwoording van de vele vragen. Je kunt eigenlijk op twee niveaus reageren en naar de vragen kijken, een technisch niveau en een politiek wegingsniveau.

Wat de politieke weging betreft ben ik op veel punten meegenomen door het betoog van de minister. De intenties deelden we al. Laten we de hoop dat het goed en niet verkeerd uitpakt ook maar delen, ook al ben ik er niet in alle opzichten van overtuigd dat er achteraf niet toch perverse prikkels blijken te zijn.

Wat de technische punten betreft ben ik eerlijk gezegd niet overtuigd. Op een paar kleine puntjes komt zo nog wel een antwoord, maar het gaat mij met name om de twee hoofdpunten die ik noemde. Wat is precies de reikwijdte van de wet, hoe wordt "andere zorg" afgebakend en is er überhaupt wel een heldere afbakening? Kennelijk is het voor de minister evident, maar voor mij is het dat niet.

De formuleringen schieten wat mij betreft tekort voor een zorgvuldige afbakening. Eerlijk gezegd vind ik dat bij een wet toch wel een belangrijk punt. Als eerste stel je de vraag waar een wet wel en niet over gaat. Als dat niet evident is, weet ik niet precies waar we het over hebben en hoe we dat regelen.

Ik ben wel blij dat de geestelijken niet onder de wet vallen, maar eerlijk gezegd denk ik dat sommige geestelijken meer kwaad doen dan schoonheidsspecialisten, in ieder geval bij bepaalde behandelingen. Ik zou dus graag helder hebben waar het 'm nou precies in zit.

Daarnaast ben ik totaal niet overtuigd van de discussie over nemo tenetur. In welke mate ben je verplicht om iets te melden wat jezelf in de problemen kan brengen? Ook daarover heeft de minister een uitgebreide redenering gegeven, die ik eerlijk gezegd technisch gezien niet overtuigend vind.

In zijn algemeenheid kan ik zeggen dat de intenties van deze wet mij goed lijken. Ik vind de formulering niet altijd overtuigend, maar soms moet je het daarmee doen als je er verder niet uitkomt met elkaar. Ja, je kunt er een geschillencommissie bij roepen, maar dat gaat misschien wat te ver in deze zaal.

Er ligt een motie. We moeten erover nadenken wat we daarmee doen. Dat kunnen we ook altijd volgende week nog zeggen. In het algemeen hoor ik liever een toezegging van de minister dan een uitspraak van de Kamer.

☐

De heer **Van Hattem** (PVV):
Voorzitter. Ik dank de minister voor de uitgebreide en zeer verhelderende beantwoording. Gisteren bracht Patiëntenfederatie NPCF het bericht naar buiten dat bijna de helft van de mensen weleens te maken heeft gehad met een medische fout. Voor al deze mensen is het een belangrijke steun in de rug dat deze wet een bijdrage kan leveren aan hun positie. Daar zijn wij als PVV toch wel echt van overtuigd. Tegelijkertijd is duidelijk dat er grenzen zijn aan redelijke eisen. Dat heb ik net ook wel gemerkt. De motie zal ik nog met onze fractie bespreken. Ik kan onze fractie positief adviseren over dit wetsvoorstel. Tot zover.

De **voorzitter**:
We zijn toegekomen aan de tweede termijn van de minister. Zij is niet in de gelegenheid om meteen te antwoorden. Daarom zal ik de vergadering kort schorsen.

De vergadering wordt van 21.41 uur tot 21.50 uur geschorst.

De **voorzitter**:
Ik geef het woord aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

☐

Minister **Schippers**:
Voorzitter. Naar aanleiding van de eerste termijn had ik nog een aantal antwoorden te geven. In de wet komt het woord AWBZ nog voor terwijl dat allang vervangen is. Er werd gezegd dat nergens te vinden is of dat nog wordt aangepast. In artikel 12.1.16 van de Wet langdurige zorg is voorzien in een aanpassing van de bepalingen in deze wet. De verwijzing in artikel 3 naar onderdeel f van artikel 1, eerste lid is inderdaad niet correct. Dat zal worden aangepast in de veegwet van VWS.

Staat in de wet, de AMvB of de uitvoeringsregeling dat het OM bij ernstige strafbare feiten gegevens uit het VIM kan inzien? De wet regelt bescherming tegen het gebruik van gegevens voor een strafrechtelijke procedure. Als gegevens redelijkerwijs niet op andere wijze kunnen worden verkregen, mag het OM gegevens uit het VIM voor strafrechtelijk bewijs gebruiken. Er gelden strikte voorwaarden voordat het OM gegevens uit het VM kan vorderen. Die staan in een aanwijzing aan het OM. Onder andere geldt de voorwaarde dat de rechter-commissaris moet instemmen met vordering en dat het om ernstige strafbare feiten moet gaan, moord of doodslag. Waar staat dat de rechter-commissaris in moet stemmen met de vordering van gegevens door het OM uit

het VIM? Dat staat in de "Aanwijzing feitenonderzoek/strafrechtelijk onderzoek en vervolging in medische zaken".

Ik dank de leden voor de inbreng in tweede termijn. Ik hoop dat ik in eerste termijn heb aangegeven dat ik er niet zo in sta dat het vanzelf beter wordt als de bedoeling goed is. Ik denk niet dat we de dingen zo met elkaar moeten regelen. Ik denk dat dit van een andere orde is: als we het beter regelen, gaat het beter. Er werd gevraagd of geschillenbeslechting voor alle geschilleninstanties kan. Dat klopt. Aansluiting bij de landelijke geschilleninstantie is niet verplicht. Wij laten dat vrij. Je kunt dus een eigen geschilleninstantie oprichten, maar die moet wel aan de erkenningsvereisten voldoen.

Mevrouw **Martens** (CDA):
Die moeten dus aan de erkenningseisen voldoen zoals die er nu ook bij de SGC zijn?

Minister **Schippers**:
Ja, die moeten ook aan de erkenningseisen voldoen. V en J heeft een set van eisen en daar moeten ze allemaal aan voldoen, dus ook alle nieuwe die eventueel opgericht moeten worden

De heer Bruijn citeerde iets wat geschrapt was. Dat klopt. Dat ging over eisen met betrekking tot bestuursstructuur en bedrijfsvorming. Dat betrof lid d. In lid e stonden eisen aan de afhandeling van klachten van cliënten ten aanzien van gedragingen van de aanbieder jegens een cliënt, en aan de medezeggenschap van cliënten over voorgenomen besluiten van de aanbieder. Dat gaat dus ook wel degelijk over de klachten. In lid f stond welke eisen gelden voor het melden van calamiteiten en geweld bij de verstrekking van een voorziening. Dat zijn naar mijn informatie de drie die geschrapt zijn.

Mij is gevraagd om de ondersteuning van de eerstelijnsprofessionals constructief ter hand te nemen, net als de betrokkenheid van brancheorganisaties en de patiënten- en consumentenorganisaties daarbij. Dat zeg ik toe. Ik denk dat het belangrijk is dat we dat doen, dat we helpen waar we kunnen en dat we handreikingen opstellen als dat nodig is.

De heer **Bruijn** (VVD):
Ik wil nog even terugkomen op het vorige punt. Ik heb dat genoemd. Ik ben het eens met de minister dat dit erin stond en eruit geschrapt is. Ik heb gelezen dat de bezwaren van de indieners waren dat het feit dat het erin stond ertoe zou leiden dat iedere gemeente het op zijn eigen manier gaat regelen. Dat is dus iets anders dan wat we nu met de Wkkgz doen. Ik heb geconcludeerd dat ik blij ben dat de minister eerst opnieuw in de Tweede Kamer gaat bekijken hoe de Wmo onder de reikwijdte van de Wkkgz zou kunnen vallen zonder tegen dit soort zaken aan te lopen en zij dan rustig opnieuw gaat bekijken hoe dat vormgegeven zou kunnen worden. Ook ben ik blij dat de minister daarna besluit of zij dat ook vormgeeft, in tegenstelling tot wat in de ingediende motie staat, en dat ze dit wellicht eerst aan de Tweede Kamer gaat voorleggen.

Minister **Schippers**:
Ik hecht er ook echt aan om dat te sonderen. Ik zit natuurlijk een beetje met mijn vingers tussen de deur tussen twee Kamers. Laten we daar heel eerlijk over zijn. Dat is altijd een positie die niet heel aangenaam is. Ik zou daarom naar aanleiding van het oordeel van de Tweede Kamer willen bekijken hoe we hiermee verdergaan. Dat is ook mijn reactie op de motie.

Mevrouw Bredenoord verzocht mij om bij de jaarlijkse monitoring het opleidingstraject en het leren van best practices mee te nemen. Dat zeg ik toe. Dit zullen we dus bij de monitoring meenemen.

Gevraagd is of de inspectie niet meer mankracht of middelen nodig heeft als er 40.000 zorgaanbieders bij komen. Wat de inspectie enorm helpt, is het register. We zijn met de inspectie in gesprek geweest en zij zegt: "we zijn zo ontzettend veel tijd kwijt met uitzoeken waar een instelling eigenlijk zit; we kunnen instellingen vaak niet vinden en ze zijn voor ons onbekend. Bij dat soort klussen zal het enorm helpen als we gewoon een register hebben waarin iedereen die in het Handelsregister staat verplicht is ingeschreven." De IGZ kan dan checks uitvoeren op basis van de gegevens die daarin staan. Dat maakt haar werk enorm veel eenvoudiger. Aan de andere kant krijgt ze er een enorme hoeveelheid aanbieders bij. De inspectie doet het werk risicogestuurd. Ze zal dus wel controleren, maar ze gaat niet bij 40.000 aanbieders langs. Wel heeft de IGZ een steuntje in de rug: als er misstanden zijn, helpt deze wet om ook daadwerkelijk te kunnen optreden. Ik denk dus dat het lukt met de capaciteit die men nu heeft. Sterker nog: de inspectie is zo ongelooflijk uitgebreid dat we moeten oppassen dat een uitbreiding nog wel door een organisatie bij te benen is.

Dan kom ik op de reikwijdte. Ik ga het nog één keer proberen. Het gaat over handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg. Dat is het uitgangspunt. Zo is de Wet BIG ook opgebouwd. Bij de Wet BIG is dat gaandeweg, ook door jurisprudentie, steeds scherper afgebakend. Hier is het hetzelfde als in de Wet BIG. Het gaat namelijk om handelingen op het gebied van individuele gezondheidszorg. Alleen het doel is anders. Daarmee is die andere zorg er dus bijgetrokken. Dat is nu nog niet helemaal met een schaartje te knippen, maar net als in de Wet BIG zal jurisprudentie het ook hier steeds scherper maken.

Wat betreft het niet hoeven meewerken aan je eigen veroordeling: er zijn ook situaties waarin het er niet zozeer om gaat dat het VIM van de eigen arts is, maar dat huisarts A een VIM heeft en huisarts B ook, terwijl de veroordeling van huisarts A in het VIM van huisarts B staat. Het is dus niet per definitie gezegd dat het je eigen incidentmelding moet zijn om er toch daadwerkelijk baat bij te hebben om die melding bij een zaak te betrekken.

Volgens mij heb ik daarmee alle vragen beantwoord.

Mevrouw **Martens** (CDA):
Mag ik ter verheldering nog één vraag stellen? Het gaat daarbij over de definitie van goede zorg. Goede zorg is vaak een professionele standaard, of een kwaliteitsstandaard. In het wetsvoorstel wordt dit uitgebreid met aansluiting bij de reële behoefte van de patiënt of cliënt. Begrijp ik uit het

antwoord van de minister in de eerste termijn goed dat uiteindelijk wordt toegewerkt naar een definitie van het Kwaliteitsinstituut, dat daarmee ook niet meer expliciet de reële behoefte van de patiënt wordt gehanteerd — wat een vrij subjectief element is — en dat te zijner tijd voor de hele zorgsector de definitie van het Kwaliteitsinstituut of het Zorginstituut Nederland zal gelden? Heb ik dat goed begrepen?

Minister **Schippers**:
Langzaam maar zeker zul je zien dat daar waar richtlijnen nu vaak door wetenschappelijke verenigingen alleen zijn opgesteld, we er nu mee zijn begonnen dat ook patiënten een oordeel kunnen hebben over wat goede zorg is. Dat kunnen niet alleen wetenschappelijke verenigingen. Pijnbestrijding en de invloed daarvan op de patiënt kunnen bijvoorbeeld meer of groter zijn dan de wetenschappelijke vereniging vaststelt. Mevrouw Martens heeft dus gelijk dat we met het Kwaliteitsinstituut langzaam maar zeker al die richtlijnen en protocollen vervangen door tripartiet ingebrachte kwaliteitsindicatoren.

Mevrouw **Martens** (CDA):
Helder. Dank u wel.

De beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**:
Wenst een van de leden stemming over het wetsvoorstel? Dat is het geval. Dan stel ik voor om volgende week dinsdag over dit wetsvoorstel en over de motie te stemmen.